



# PROPOSTA DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE NO CAPESAÚDE

**ANS - nº 324477**

Protocolo (preenchimento CAPESESP)

Matrícula CAPESESP

## Titular

Nome completo

Nome da Mãe

CPF

PIS/PASEP

Cartão Nacional de Saúde

## Dependente

Nome completo

Nome da Mãe

Tipo

( ) Natural ( ) Agregado ( ) Econômico

Condição (se dependente natural)

( ) Válido ( ) Inválido

Grau de parentesco

Sexo

( ) F ( ) M

Data de nascimento

/ /

Tipo de plano do agregado

( ) Assistência Básica 4 - Reg. ANS: 449.371/04-1 ( ) Assistência Superior 4 - Reg. ANS: 449.372/04-9 ( ) Plano 1 ( ) Plano 2 ( ) Não

CAPESAÚDE Urgente

Endereço completo do dependente-agregado (preencher somente se for diferente do endereço do titular)

Rua: \_\_\_\_\_ Nº/Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. trabalho: ( ) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Deseja que a cobrança bancária seja enviada para a residência do dependente-agregado? ( ) Sim ( ) Não

Deseja que a carteira do plano e o comprovante de pagamento sejam enviados para a residência do dependente-agregado? ( ) Sim ( ) Não

## Dependente

Nome completo

Nome da Mãe

Tipo

( ) Natural ( ) Agregado ( ) Econômico

Condição (se dependente natural)

( ) Válido ( ) Inválido

Grau de parentesco

Sexo

( ) F ( ) M

Data de nascimento

/ /

Tipo de plano do agregado

( ) Assistência Básica 4 - Reg. ANS: 449.371/04-1 ( ) Assistência Superior 4 - Reg. ANS: 449.372/04-9 ( ) Plano 1 ( ) Plano 2 ( ) Não

CAPESAÚDE Urgente

Endereço completo do dependente-agregado (preencher somente se for diferente do endereço do titular)

Rua: \_\_\_\_\_ Nº/Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. celular: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. trabalho: ( ) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Deseja que a cobrança bancária seja enviada para a residência do dependente-agregado? ( ) Sim ( ) Não

Deseja que a carteira do plano e o comprovante de pagamento sejam enviados para a residência do dependente-agregado? ( ) Sim ( ) Não

A entrega da presente Proposta de Inscrição não implica no início imediato da vigência e cobertura do Plano de Benefícios Assistenciais. A inscrição será efetivada no momento em que o requerente receber da CAPESESP, via correio, a carteira do plano de saúde, o que ocorrerá após 15(quinze) dias da entrega desta Proposta, ressalvados os casos de pendências de apresentação de documentos e/ou existência de débitos em atraso com a CAPESESP.

O titular autoriza a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos próprios ou de seus dependentes.

O associado titular declara ter lido o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, bem como ter pleno conhecimento dos regulamentos e normas referentes ao(s) plano(s) escolhido(s), estando ciente que a cobertura do Plano de Benefícios Assistenciais para o dependente natural (filhos/enteados/MSG/tutelados) é por prazo determinado, até completar 21 anos. Essa cobertura poderá ser estendida até aos 24 anos de idade, desde que o dependente seja estudante de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação, solteiro e não possua rendimentos próprios, o que deve ser comprovado pelo titular, mediante apresentação de ficha de pré-inscrição da patrocinadora. Após a idade limite, o dependente perde o direito de permanência na condição de natural e, se o titular desejar, poderá optar por inscrevê-lo como dependente-agregado, mediante o pagamento do valor de tabela correspondente.

A constatação de declaração falsa implicará, para o participante, nas sanções previstas em lei, sendo de inteira responsabilidade do TITULAR informar à CAPESESP, no prazo de 30 (trinta) dias contados da ocorrência, quaisquer alterações nas informações ora prestadas, sob pena de exclusão.

Todas as parcelas devidas a título de contribuição mensal pelo grupo familiar do titular, com exceção das referentes às co-participações financeiras, serão cobradas no próprio mês a que se referirem.

O associado titular autoriza o desconto, no seu salário, dos valores correspondentes ao(s) plano(s) escolhido(s) para os dependentes naturais e se responsabiliza pelo pagamento das suas contribuições mensais e de todos os seus dependentes, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos mesmos, tais como co-participação financeira em consultas, exames, pequenos atendimentos e internações, quando for o caso.

O proponente declara que recebeu 01 (uma) cópia da presente proposta de Inscrição, bem como o Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e do CAPESAÚDE, de cujo conteúdo tomou conhecimento aceitando plenamente suas cláusulas e condições, estando ciente dos valores de contribuição. De acordo.

Local

Data

Assinatura do Titular

## Carências do CAPESAÚDE

**24h** para consultas e atendimentos de emergência;

**90 dias** para atendimentos eletivos, exames e tratamentos com senha;

**180 dias** para internação cirúrgica eletiva;

**300 dias** para partos a termo.

### Documentos necessários para inscrição de dependente natural

**Ficha de Pré-Inscrição da Patrocinadora** - Para cada um dos inscritos.

**Perfil da Saúde do Associado** - Devidamente preenchido e assinado pelo dependente ou responsável.

**Cônjuge ou ex-cônjuge** - Para cônjuge deve ser apresentada Certidão de Casamento. Para ex-cônjuge a documentação necessária é Certidão de Casamento averbada; Processo de Separação, onde conste a partilha dos bens do casal e a determinação judicial sobre a responsabilidade de cada um dos cônjuges após a separação, comprovando que o titular deverá pagar a pensão alimentícia para o ex-cônjuge; cópia do contracheque onde conste o desconto da pensão alimentícia; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde. Para ex-cônjuge, só será aceita inscrição caso não haja cônjuge ou companheira.

**Companheiro(a)** - Cédula de Identidade; Declaração do titular, subscrita por 2 (duas) testemunhas, com firma reconhecida, atestando coabitação por, no mínimo, 2 (dois) anos; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Filhos(as) ou enteado(as) solteiros(as) menores de 21 anos** - Certidão de Nascimento do(a) menor; Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital do(a) titular com a mãe (ou pai) do(a) menor, no caso de enteado(a); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Filhos(as) ou enteado(as) solteiros(as), entre 21 e 24 anos** - Certidão de Nascimento do(a) dependente; Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital do(a) titular com a mãe (ou pai) do(a) dependente, no caso de enteado(a); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Filhos(as) ou enteado(as) maiores inválidos(as)** - Certidão de Nascimento do(a) dependente; Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital do(a) titular com a mãe (ou pai) do(a) dependente, quando se tratar de enteado(a); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Menores sob Guarda ou Menores sob Tutela menores de 21 anos** - Certidão de Nascimento, Termo Judicial de Guarda ou Termo Judicial de Tutela em nome do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Menores sob Guarda ou Menores sob Tutela entre 21 e 24 anos** - Certidão de Nascimento, Termo Judicial de Guarda ou Termo Judicial de Tutela em nome do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Menores sob Guarda ou Menores sob Tutela a partir de 21 anos e inválidos** - Certidão de Nascimento, Termo Judicial de Guarda ou Termo Judicial de Tutela em nome do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

### Documentos necessários para inscrição de dependente-agregado

**Perfil da Saúde do Associado** - Devidamente preenchido e assinado pelo dependente ou responsável.

**Pai/Mãe** - carteira de identidade do proponente e carteira de identidade do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Filhos que não se enquadram na condição de Dependentes Naturais** - carteira de identidade ou certidão de nascimento ou casamento do proponente; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Enteados que não se enquadram na condição de Dependentes Naturais** - certidão de nascimento ou casamento ou carteira de identidade do proponente e certidão de casamento ou declaração de convívio marital do(a) titular com a mãe (ou pai), subscrita por 2 (duas) testemunhas, com firma reconhecida, atestando coabitação por, no mínimo, 2 (dois) anos; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Irmãos** - certidão de nascimento ou casamento ou carteira de identidade do proponente e do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Netos** - certidão de nascimento do proponente; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Sobrinhos** - certidão de nascimento do proponente e carteira de identidade do titular (ou outros documentos que comprovem o parentesco com o titular); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Avós/Tios** - carteira de identidade do proponente e certidão de nascimento do titular (ou outros documentos que comprovem o parentesco como titular); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Sogros** - carteira de identidade do proponente e certidão de casamento do titular; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

**Obs. 1:** O dependente-agregado que possuir endereço diferente do titular para remessa de correspondência deverá também enviar um comprovante de residência (cópia de conta luz, gás, telefone ou IPTU).

**Obs. 2:** Na falta dos documentos acima, poderão ser aceitos outros documentos oficiais que comprovem o parentesco com o titular.

### Documentos necessários para inscrição de dependente econômico

**Pai/Mãe** - Carteira de identidade do proponente; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde e carteira de identidade do titular; documento original fornecido pela patrocinadora informando que o dependente consta no assentamento funcional; declaração modelo CAPESESP.

**Padrasto/Madrasta** - Carteira de identidade do proponente; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde e carteira de identidade do titular; declaração de convívio marital do proponente com a mãe ou pai do titular; documento original fornecido pela patrocinadora informando que o dependente consta no assentamento funcional; declaração modelo CAPESESP.

**Perfil da Saúde do Associado** - Devidamente preenchido e assinado pelo dependente ou responsável.

\* CPF obrigatório para os maiores de 18 anos, conforme Resolução Normativa nº.187, de 09/03/09, aprovada pela ANS.

\* PIS/PASEP e CNS opcionais.

## CAPESAÚDE Urgente

**Plano 1** - Orientação Médica Telefônica 24 horas

**Plano 2** - Orientação Médica Telefônica 24 horas; Atendimento Médico Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência (restrito a algumas cidades)