



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO TITULAR, DEPENDENTE NATURAL E DEPENDENTE ECONÔMICO

Protocolo Nº
Inscrição (preenchimento CAPESESP)
Nº de matrícula

ANS - nº 324477

Preencher em letra de forma ou à máquina

Nome completo					
Endereço (Rua, nº, complemento)					
Bairro		Cidade		UF	CEP
E-mail (1)		E-mail (2)		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Filiação/Pai			Mãe		
Sexo	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	CPF (obrigatório)
Telefone residencial (DDD)		Telefone celular (DDD)		Telefone trabalho (DDD)	
PIS / PASEP			Cartão Nacional de Saúde		

Tipo de Inscrição
 1ª Inscrição

 Nova Inscrição

Plano de Benefícios Assistenciais

 CAPESAÚDE: Básico - Reg. ANS: 400.394/98-2
 Superior - Reg. ANS: 705.137/99-9

CAPESAÚDE Urgente

 Plano 1

 Plano 2

 NÃO
Dependentes Naturais e Econômicos

Nome completo		Parentesco	Sexo	Invalído (sim/não)
Data de Nascimento	CPF	Nome da Mãe		
PIS	Cartão Nacional de Saúde	CAPESAÚDE Urgente		
		Plano 1 <input type="checkbox"/>	Plano 2 <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

Nome completo		Parentesco	Sexo	Invalído (sim/não)
Data de Nascimento	CPF	Nome da Mãe		
PIS	Cartão Nacional de Saúde	CAPESAÚDE Urgente		
		Plano 1 <input type="checkbox"/>	Plano 2 <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

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.

O associado autoriza a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos ligados ao titular ou 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 aos 21 anos de idade. 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) escolhidos 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 ao assinar a presente proposta de inscrição recebeu 01 (uma) cópia desta, 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Plano de Benefícios Assistenciais

Benefícios:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| 1. Plano de Assistência Médico-hospitalar e odontológica | 4. Auxílio Medicamento de Uso Contínuo | 8. Auxílio Medicamento Antineoplásico |
| 2. Reembolso Livre-escolha | 5. Auxílio Órtese e Prótese (somente para o titular) | 9. Capesaúde Urgente |
| 3. Reembolso Medicamento | 6. Internação Domiciliar (<i>Home Care</i>) | 10. Auxílio Funeral |
| | 7. Descontos em Medicamentos | |

Podem ser inscritos:

Servidores e aposentados.

Dependentes naturais:

- o cônjuge, ou companheiro ou companheira de união estável;
- o companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;
- a pessoa separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia, desde que não exista, no plano, dependentes com a descrição constante nas letras "a" e "b";
- os filhos, enteados, menores sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- os filhos, enteados, menores sob guarda ou tutela entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação.

Dependentes econômicos:

O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo e inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor.

Carências do CAPESAÚDE

24h para consultas e atendimentos de emergência

90 dias - procedimentos eletivos; exames e tratamentos com senha.

180 dias - internação cirúrgica de caráter eletivo

300 dias - partos a termo

CAPESAÚDE Urgente

Plano 1 - Orientação Médica Telefônica 24 horas

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

Documentos necessários para inscrição

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

Perfil da Saúde do Associado - devidamente preenchido e assinado para cada um dos inscritos.

Titular - comprovante de residência (conta de luz, água, gás, telefone ou IPTU) e contracheque. Quando aposentado, apresentar Diário Oficial.

Cônjuge ou ex-cônjuge - Para cônjuge deve ser apresentada Certidão de Casamento e CPF - 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. No caso de 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) dependente; Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital do(a) titular com a mãe/pai do(a) dependente, 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 o pai (ou mãe) 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/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.

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.

* 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.