

FICHA DE OPÇÃO DE BENEFICIÁRIO DE PENSÃO NO PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

Mat. SIAPE do Instituidor: _____	Nome do Instituidor: _____
CPF: _____	UPAG: _____
Mat. SIAPE: _____	Nome do Pensionista: _____
CPF: _____	Data de Nascimento: _____
End. Residencial: _____	
Bairro: _____	Cidade/UF: _____ CEP: _____
Telefone Residencial: ( ) _____	Trabalho: ( ) _____ Celular: ( ) _____
E-mail: _____	

**Termo de Opção**

Pelo presente Termo de Opção, solicito minha permanência no Plano de Saúde da Capesesp, na condição de Pensionista, e conseqüentemente autorizo as seguintes cobranças:

- a) contribuição mensal pelo direito ao plano CAPESAÚDE, de acordo com o percentual, pisos e tetos vigentes;
- b) custeio dos serviços utilizados por mim, de acordo com percentuais e tabelas vigentes.

Declaro para todos os fins legais, que me comprometo a comunicar ao Patrocinador bem como à CAPESESP, qualquer evento que implique perda do meu direito, entre eles, casamento, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação dentro do prazo de trinta dias a contar da data evento e estou ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra este compromisso.

Declaro ainda, estar ciente da disponibilidade do Estatuto e Regulamentos da CAPESESP no site [www.capesesp.com.br](http://www.capesesp.com.br), de cujo conteúdo tomei conhecimento, aceitando plenamente suas cláusulas e condições.

Comprometo-me a manter o meu endereço sempre atualizado junto ao Patrocinador e à CAPESESP.

Autorizo expressamente a consignação do valor do Plano de Assistência à Saúde - CAPESAÚDE - e do Plano de Pecúlio em minha folha de pagamento, conforme disposição contida no Decreto nº 8.690, de 11/03/2016.

Local: \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário de Pensão ou Responsável Legal

**Uso Exclusivo do Patrocinador**

Autorizamos a inscrição do do Beneficiário de Pensão acima discriminado para o qual o (a) \_\_\_\_\_  
pagará mensalmente, o per capita conforme definido no convênio e/ou termo aditivo.

Local: \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura da Autoridade Competente