

FICHA DE PRÉ-INScrição 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: _____

Solicitação de Adesão

Pelo presente Termo, solicito minha adesão ao Plano de Saúde da CAPESAÚDE, na condição de Pensionista, e conseqüentemente autorizo as seguintes cobranças:

- cobrança pro rata tempore conforme valores vigentes, a ser arrecadada juntamente com a contribuição mensal do mês subseqüente à inscrição;
- contribuição mensal pelo direito ao plano CAPESAÚDE, de acordo com o percentual, pisos e tetos vigentes;
- participação no custeio dos serviços utilizados por mim, de acordo com percentuais e tabelas vigentes.

Observações:

- A inscrição só será considerada efetivada quando apresentada na CAPESESP e cumpridas as demais formalidades por ela exigidas.
- Pró rata: Valor cobrado em função da quantidade de dias de direito de uso no mês da inscrição, de forma fracionária em relação ao valor total da contribuição mensal.
- A opção pelo tipo de Plano de Saúde será feita, em formulário específico, junto à CAPESESP.
- Os formulários da CAPESESP poderão ser obtidos no site www.capesesp.com.br ou nas Gerências Regionais.

Termo de Responsabilidade

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro, para todos os fins legais, que me comprometo a comunicar ao Patrocinador e 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.

Declaro estar ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra o compromisso declarado acima, estando passível, inclusive, de ter que ressarcir ao Erário todos os valores pagos indevidamente ao meu favor.

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

Tenho conhecimento que cumprirei os períodos de carência estabelecidos nas normas vigentes na CAPESESP e no Convênio de Adesão, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência e isenções previstas. Comprometo-me a manter o meu endereço sempre atualizado junto ao Patrocinador e à CAPESESP.

Declaro para os devidos fins de direito que não me encontro, nesta data, internado(a) em qualquer hospital ou clínica médica, para tratamento de saúde.

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