

FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE(S) NATURAL(IS) NO PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

Solicitação de Adesão e Autorização

Mat. SIAPE: _____ Nome do titular: _____ CPF: _____

Termo de Responsabilidade

Pelo presente Termo de Responsabilidade, me comprometo a comunicar ao Patrocinador e à CAPESESP qualquer evento que implique perda do meu direito e de meus dependentes inscritos, entre eles, casamento, morte, 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 relativos ao per capita pago por esses dependentes que não possuem mais direito de inscrição ao plano de saúde em questão.

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

Declaro que tenho total responsabilidade pelo(s) dependente(s) relacionado(s) abaixo, os quais foram declarados por mim para constar nos meus assentamentos funcionais, tendo sido apresentada documentação necessária para comprovação de dependência nos termos do Convênio de Adesão.

Tenho conhecimento que os beneficiários abaixo cumprirão 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.

Declaro, ainda, que o(s) beneficiário(s) relacionado(s) abaixo não se encontra(m), nesta data, internado(s) em qualquer hospital ou clínica médica para tratamento de saúde.

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

Observação: (1) A(s) inscrição(ões) só será(ão) considerada(s) efetivada(s) quando apresentada(s) na CAPESESP e cumpridas as demais formalidades por ela exigidas; (2) 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; (3) A inscrição de dependentes-agregados deverá ser feita em formulário específico, junto à CAPESESP; (4) A opção pelo tipo de Plano de Saúde será feita junto à CAPESESP; (5) Os formulários da CAPESESP poderão ser obtidos no site www.capesesp.com.br ou nas Gerências Regionais.

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

Dependente: _____ CPF: _____

Parentesco: _____ Condição: _____ Nome da Mãe: _____

Sexo: _____ Data Insc.: ____/____/____ Data Nasc.: ____/____/____ Data Val: ____/____/____

Dependente: _____ CPF: _____

Parentesco: _____ Condição: _____ Nome da Mãe: _____

Sexo: _____ Data Insc.: ____/____/____ Data Nasc.: ____/____/____ Data Val: ____/____/____

Dependente: _____ CPF: _____

Parentesco: _____ Condição: _____ Nome da Mãe: _____

Sexo: _____ Data Insc.: ____/____/____ Data Nasc.: ____/____/____ Data Val: ____/____/____

Dependente: _____ CPF: _____

Parentesco: _____ Condição: _____ Nome da Mãe: _____

Sexo: _____ Data Insc.: ____/____/____ Data Nasc.: ____/____/____ Data Val: ____/____/____

Local: _____, Data: ____/____/____. _____

Assinatura do Servidor - Titular

Uso Exclusivo do Patrocinador

Autorizamos a inscrição do Beneficiário - Titular, 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