

ÓRGÃO PATROCINADOR: _____

FICHA DE PRÉ-CANCELAMENTO VOLUNTÁRIO DO PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP - DEPENDENTE

Mat. SIAPE: _____ Nome do titular: _____
Nome da mãe: _____ Dt. Admissão: _____
Situação Funcional: _____ UPAG: _____ Lotação: _____
End. Residencial: _____
Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____
Telefone Residencial: () _____ Trabalho: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____

Termo de Solicitação e Compromisso

Solicito o cancelamento da inscrição de meus(s) dependente(s), abaixo listados, no plano de saúde da CAPESAÚDE, pelo motivo de: _____.

Declaro ter ciência que o desligamento ora solicitado terá efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da entrada na CAPESESP deste pedido devidamente assinado e carimbado pela autoridade competente e pelo titular.

Declaro estar ciente que:

a) as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data da entrada desta solicitação de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por minha conta;

b) que as contraprestações pecuniárias vencidas, eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, bem como algum débito referente a contribuições, financiamentos, empréstimos, coparticipações, inclusive coparticipações de valores que ainda não foram cobrados à CAPESESP pela rede credenciada são de minha responsabilidade;

c) de que posso acessar o site www.capesesp.com.br para obter os Regulamentos dos Planos, as demais informações sobre este assunto e muito mais, inclusive sobre as consequências inerentes ao pedido ora formulado, pois recebida pela CAPESESP a solicitação de exclusão de beneficiários, eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar no cumprimento de novos períodos de carências e na perda do direito à portabilidade destas.

d) a exclusão que ora solicito é exclusiva para os planos de benefícios assistenciais.

Dependente: _____
Parentesco: _____ Sexo: _____
Condição: _____ Data Nasc: ____ / ____ / ____
Nome da Mãe: _____

Dependente: _____
Parentesco: _____ Sexo: _____
Condição: _____ Data Nasc: ____ / ____ / ____
Nome da Mãe: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____
Assinatura do Servidor - Titular

Uso Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos o cancelamento voluntário do(s) dependente(s) acima discriminado(s).

Local: _____, Data ____ / ____ / ____
Carimbo e Assinatura da Autoridade Competente