

Nº matrícula Funcional

Matrícula CAPESESP Titular

Nº Matrícula Instituidor Pensão (apenas para pensionista)

Tipo de Inscrição

1ª Inscrição

Reinscrição

Manutenção

Empresa/Orgão

Data de admissão

Preencher apenas beneficiário com patrocínio:

Situação:

Ativo

Aposentado

Cargo em Comissão

Requisitado

Cedido

Pensionista

Dados do Plano

Plano para inscrição (nº Reg. ANS no anexo): _____

*Campo obrigatório

(Nome do plano): _____

Capesaúde Urgente: *serviço opcional

Plano 1 - Orientação Médica Telefônica – OMT

Plano 2 - Atendimento Pré-Hospitalar de urgência e emergência – APH

Dados Pessoais

Nome completo

Nome da mãe

Cartão Nacional de Saúde

CPF (obrigatório)

Carteira de Identidade

Órgão Expedidor/UF

Sexo

M

F

Data de Nascimento

Cor/Raça/Etnia

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

DNV (Declaração de Nascido Vivo)

UF/Município de Nascimento

E-mail para comunicação geral pela CAPESESP

Logradouro (Rua, avenida, Praça, etc)

nº e complemento (apto, etc)

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone residencial (DDD)

Telefone celular 1 (DDD):

Telefone celular 2 (DDD):

Banco

Agencia

Conta

Declaração e Consentimento

1. Ter lido e estar de acordo com o Estatuto da CAPESESP, o regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais contratado, a rede credenciada, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, todos disponíveis para consulta no site da CAPESESP www.capesesp.com.br, em especial as seguintes condições:

a. Que a cobertura para os dependentes naturais filhos, enteados, menores sob guarda e tutelados, é até atingir a maioridade, podendo ser estendida até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estudante, solteiro

e sem rendimentos próprios. Para manutenção dessa condição, o titular deverá apresentar a ficha de pré-inscrição autorizada pela patrocinadora no mês que completar a idade limite. Caso não cumpridos esses requisitos o dependente será desligado do plano, podendo ser inscrito novamente até 60 (sessenta) dias sem cumprimento de novas carências. Após a idade limite, o dependente perde o direito de permanência na condição de dependente natural e, se o titular desejar, poderá optar por inscrevê-lo como dependente-agregado em plano específico, mediante pagamento do valor de tabela correspondente ao referido plano;

b. Que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento;

c. Que eventuais alterações referentes aos dados cadastrais informados na presente proposta deverão ser comunicadas por meio de formulários próprios, disponíveis no site da CAPESESP. É responsabilidade do titular manter seus dados atualizados junto à CAPESESP;

2. Que o Plano de saúde ora contratado é do tipo coletivo empresarial, que não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais ou familiares. A Tabela de valores de contribuição mensal por BENEFICIÁRIO encontra-se disponível no site da Entidade, atualizada a cada 12 (doze) meses com base em estudos atuariais, observando-se a legislação vigente e o regulamento, e, ainda, que a coparticipação financeira pela utilização dos serviços de assistência à saúde, se incidir, será conforme previsto nos regulamentos dos planos contratados;

3. Ter conhecimento de que a cobertura e a abrangência serão conforme a modalidade de plano de assistência médica escolhido, e os benefícios assistenciais podem variar de acordo com o regulamento, respeitando a cobertura assistencial mínima definida pela ANS, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

4. Que o vínculo ao plano só será efetivado com o processamento da proposta de inscrição, mediante a análise dos documentos comprobatórios necessários para o ingresso, assim como análise cadastral e financeira do beneficiário, autorização da Patrocinadora, ausência de débitos e inexistência de impedimentos de qualquer ordem, inclusive em decorrência de fraude ou inelegibilidade;

5. Que autorizo a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos, referentes aos procedimentos solicitados pelo beneficiário, respeitadas as questões que envolvem sigilo das informações;

6. Que o TITULAR deverá, obrigatoriamente, comunicar à Capesesp, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ocorrência, qualquer alteração que implique na perda do direito de vínculo ao Plano, sob pena de sujeitar-se às sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais;

7. Que a falsidade de informações ou o não cumprimento do regulamento poderá implicar em sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais previstas no art. 299 do Código Penal e nos arts. 186 e 187 do Código Civil;

8. Comprometer-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão e na Regional da CAPESESP, no prazo, máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário autopatrocinado;

9. Que opto pela seguinte forma de pagamento (contribuições mensais para os planos, dívidas contraídas antes ou após desligamento, eventos realizados indevidamente, cobranças em geral):

- Desconto em folha de pagamento (autorizar no SIGEPE) ou
- Débito automático no Banco do Brasil (formulário próprio) ou
- Boleto bancário;

10. Que autorizo a utilização dos dados pessoais e informações sobre saúde, com a finalidade de gerar dados para estudos e pesquisas científicas, visando a promover ações e projetos para melhorias práticas e preventivas pela CAPESESP no âmbito do atendimento à saúde suplementar. Esta autorização pode ser revogada a qualquer tempo, por simples requerimento à CAPESESP;

11. Que após a contratação do plano de saúde, mediante assinatura do formulário de inscrição pelo associado, a CAPESESP tem autorização legal para o tratamento dos dados pessoais dos associados, tanto titulares como dependentes, com a finalidade específica de cumprimento do contrato de prestação de serviços de assistência à saúde, utilizando-se das bases legais correspondentes a cada tratamento de dados, inclusive para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pela CAPESESP, cujo tratamento está autorizado pelo art. 7º, inc. II da lei 13.709/2018 sem a necessidade de consentimento do titular dos dados.

12. Ter ciência de que eventuais alterações em quaisquer informações prestadas deverão ser comunicadas de imediato à CAPESESP;

13. Ter recebido 01 (uma) cópia da presente proposta de inscrição.

O aceite das declarações prestadas dar-se-á pela assinatura no presente formulário.

A declaração abaixo deverá ser preenchida apenas por pessoa que se enquadre na condição de Pessoa Exposta Politicamente, conforme previsto na Instrução Normativa Previc nº 34/2020

Em atenção ao disposto na Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020, especialmente quanto à obrigatoriedade, por parte da CAPESESP, do desenvolvimento e da implementação de procedimentos que possibilitem a identificação e a qualificação de clientes como Pessoa Exposta Politicamente, DECLARO, para os devidos fins, e sob as penas da lei, que:

- SOU PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, tendo em vista que me enquadrei ou me enquadro nas categorias previstas nos §§ 1º, 2º e 3º no Art. 15 da Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020.
- POSSUO vínculo de parentesco, relacionamento próximo ou represento Pessoa Exposta Politicamente, nos termos do Art. 16 da Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020.
- NÃO SOU PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE.

Local

Data

Assinatura do Titular ou Responsável

Declaração e Consentimento

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) do RG nº _____, CPF: _____, residente à _____ na cidade de _____ UF: _____ CEP: _____. Telefone: (____) _____ E-mail: _____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito.