



CAPESAÚDE FAMÍLIA AMBULATORIAL
Reg. ANS Nº 479.566/17-1

Protocolo nº

Proposta de Inscrição de Dependentes-Agregados

ANS - nº 324477

Informações do Titular e/ou Pensionista

Nº matrícula CAPESESP	Nº matrícula SIAPE	Nº matrícula SIAPE Instituidor	Nome completo (Conforme cadastrado na Receita Federal)
Autorizo mensagens para este e-mail		Autorizo SMS para este celular (DDD)	Telefone fixo (DDD)

DADOS BANCÁRIOS (Conforme contracheque)

Nº e Nome do Banco	Nº e Nome da Agência	Nº Conta corrente para outras operações
--------------------	----------------------	---

Tipo de Inscrição:

1ª Inscrição Reinscrição Manutenção (somente dependente-agregado de insituidor falecido)

Informações do Dependente-Agregado

Nome completo (Conforme cadastrado na Receita Federal)		UF / Município de nascimento (agregado)	
Parentesco	Nome da Mãe	Data de Nascimento	Sexo
Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)	PIS/PASEP
CNS - Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo <small>(para nascidos a partir de 01/01/2010)</small>
Deseja que a carteira do plano seja enviada para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Deseja que o boleto bancário par apagamento da contribuição mensal seja enviado para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Endereço (Rua, nº, complemento)			
Bairro	Cidade/UF	CEP	
Telefone residencial (com DDD)	Telefone comercial (com DDD)	Telefone celular/SMS (com DDD)	
E-mail (1)	E-mail (2)	Autorizo o envio de mensagens para: <input type="checkbox"/> E-mail (1) <input type="checkbox"/> E-mail (2)	
Exclusivo para Agregados de Instituidor Falecido (anexar comprovante)			
Nº e nome do Banco	Nº e nome da Agência	Nº da Conta corrente	

Informações do Dependente-Agregado

Nome completo (Conforme cadastrado na Receita Federal)		UF / Município de nascimento (agregado)	
Parentesco	Nome da Mãe	Data de Nascimento	Sexo
Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)	PIS/PASEP
CNS - Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo <small>(para nascidos a partir de 01/01/2010)</small>
Deseja que a carteira do plano seja enviada para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Deseja que o boleto bancário par apagamento da contribuição mensal seja enviado para a residência deste dependente-agregado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Endereço (Rua, nº, complemento)			
Bairro	Cidade/UF	CEP	
Telefone residencial (com DDD)	Telefone comercial (com DDD)	Telefone celular/SMS (com DDD)	
E-mail (1)	E-mail (2)	Autorizo o envio de mensagens para: <input type="checkbox"/> E-mail (1) <input type="checkbox"/> E-mail (2)	
Exclusivo para Agregados de Instituidor Falecido (anexar comprovante)			
Nº e nome do Banco	Nº e nome da Agência	Nº da Conta corrente	

Obs.: Este documento só é válido quando impresso frente e verso na mesma folha e com a assinatura do Titular, pois há local para assinatura e informações importantes no verso desta página.

O Regulamento, a Guia de Leitura Contratual e a tabela com os valores deste Plano encontram-se disponíveis em página da Internet sob o endereço www.capesesp.com.br.

Declaração

O proponente declara:

1. **Estar ciente de que o plano proposto é de Cobertura Ambulatorial e que nesta cobertura está garantida apenas a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Deste modo, os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.**
2. Ter recebido, lido e estar de acordo com o Estatuto da CAPESESP, os regulamentos do Plano de Benefícios Assistenciais e do plano contratado, o livro da rede credenciada, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde—MPS e do Guia de Leitura Contratual—GLC, em especial que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento. Eventuais alterações dos referidos documentos estarão disponíveis no site da CAPESESP (www.capesesp.com.br), para atualização dos associados.
3. Estar ciente de que o Plano de saúde ora contratado é do tipo coletivo empresarial e que está recebendo, no ato da inscrição, a Tabela de valores de contribuição mensal por BENEFICIÁRIO aprovada pelo Conselho Deliberativo da CAPESESP, atualizada a cada 12 meses com base em estudos atuariais, observando-se a legislação vigente e o regulamento, e, ainda, que a coparticipação financeira dos beneficiários pela utilização dos serviços de assistência à saúde será conforme previsto nos regulamentos dos planos contratados.
4. Ter conhecimento da existência da abrangência e coberturas.
5. Ter recebido 01(uma) cópia da presente proposta de inscrição.
6. Que autoriza a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos ligados ao titular e a seus dependentes, respeitadas as questões que envolvem sigilo das informações.
7. Que as informações aqui prestadas são expressão da verdade, e que está ciente de que a falsidade destas ou o não cumprimento do regulamento poderá implicar em sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais, tais como as previstas no artigo 299 do Código Penal e nos artigos 186 e 187 do Código Civil.
8. Ter ciência de que optando pelo débito em conta o requerente deverá liberar a Autorização de Débito em um dos seguintes canais dos bancos conveniados (BB ou CEF), entre os dias 20 e 30 do mês subsequente ao processamento pela CAPESESP: Internet Banking; Terminais de Atendimento (Caixa Eletrônicos); Central de Autoatendimento. Segundo informações fornecidas pelo Banco, a autorização concedida à CAPESESP só será efetivada após a confirmação.
9. Estar ciente de que o Regulamento deste Plano, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde—MPS e o Guia de Leitura Contratual—GLC estão disponíveis para consulta no site da CAPESESP, no endereço www.capesesp.com.br.

Declaro que são verdadeiras as informações por mim prestadas e tenho ciência da obrigação de comunicar quaisquer alterações futuras à CAPESESP, no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do art. 7º, Parágrafos 7º e 8º, do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais, sob pena de exclusão.

_____ / ____ / _____
 Local Data Assinatura

Autorização para débito automático em conta corrente para Agregado de Instituidor Falecido

Desde já, AUTORIZO que seja efetuado o desconto dos referidos valores na minha conta corrente identificada na presente proposta de inscrição, ressalvada, ainda, a possibilidade de emissão de ficha de compensação para as hipóteses em que não for possível o desconto através do débito automático em conta corrente.

_____ / ____ / _____
 Local Data Assinatura (Dependente-agregado do instituidor falecido) CAPESESP (Responsável)