



Proposta de Inscrição nos Planos CAPESESP

Titular, Dependente Natural, Dependente Econômico e Pensionista

Protocolo nº

ANS - Nº 324477

Tipo de Inscrição: 1ª inscrição Reinscrição Manutenção
Inscrição referente a: Titular e dependentes Dependentes naturais e/ou econômico Pensionistas

Planos para Inscrição (assinale apenas um)

Acomodação: ENFERMARIA: CAPESAÚDE Essencial Nacional (reg. nº 479447/17-8)
 CAPESAÚDE Essencial Nacional Coparticipativo (reg. nº 479954/18-2)
Acomodação: APARTAMENTO: Assistência Superior I (reg. nº 470311/13-1)

Informações do Titular e/ou Pensionista

Nº matrícula CAPESESP	Nº matrícula SIAPE	Nº mat. SIAPE Instituidor	Nome completo	
Filiação - Pai		Mãe		
Data de Admissão	Situação Funcional	UPAG	Lotação	Sexo
Estado civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	CPF (obrigatório)
PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de Eleitor	Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não
Endereço (Rua, nº, complemento)				
Bairro	Cidade/UF		CEP	
Telefone residencial (DDD)	Telefone do trabalho (DDD)		Telefone celular (DDD)	
E-mail (1)	E-mail (2)	Deseja receber correspondência da CAPESESP via e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Banco	Agência	Conta corrente		

Informações dos Dependentes Naturais e/ou Dependentes Econômicos

Nome Completo			Parentesco	
Nome da Mãe		Data de Nascimento	Sexo	Invalído <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)	PIS/PASEP	
Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo (para nascidos a partir de 01/01/2010)	Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não
Nome Completo			Parentesco	
Nome da Mãe		Data de Nascimento	Sexo	Invalído <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)	PIS/PASEP	
Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo (para nascidos a partir de 01/01/2010)	Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não
Nome Completo			Parentesco	
Nome da Mãe		Data de Nascimento	Sexo	Invalído <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)	PIS/PASEP	
Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo (para nascidos a partir de 01/01/2010)	Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não

Obs. 1: Este documento só é válido impresso em frente e verso e com a assinatura do titular.

Obs. 2: O Regulamento deste Plano encontra-se disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço www.capesesp.com.br.

Declaração e Consentimento

O proponente tem ciência e/ou afirma:

1. Ter recebido, lido e estar de acordo com o Estatuto da CAPESESP, os regulamentos do Plano de Benefícios Assistenciais - PBA e do plano contratado, do livro da rede credenciada, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS e do 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 21 (vinte e um) anos, 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 comunicados por meio de formulários próprios, disponíveis no site da CAPESESP (www.capesesp.com.br). É de responsabilidade do Titular a manutenção atualizada do cadastro junto à CAPESESP.
2. Estar ciente de 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 e a comprovação do vínculo previdencial, autorização da Patrocinadora, ausência de débitos, e inexistência de impedimentos de qualquer ordem, inclusive em decorrência de fraude ou inelegibilidade.
5. Ter sido informado de que poderá inscrever dependentes-agregados em outras opções de planos disponíveis para este tipo de BENEFICIÁRIO, diretamente na CAPESESP, e em formulário específico.
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, referentes aos procedimentos solicitados pelo beneficiário, respeitadas as questões que envolvem sigilo das informações.
7. O TITULAR deverá, obrigatoriamente, comunicar à Capesesp, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ocorrência, qualquer alteração que implique na perda do direito ao seu vínculo e/ou do seu dependente ao Plano (ex. redistribuição, exoneração, licença, morte entre outros), sob pena de sujeitar-se às sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais.
8. Que está ciente de 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.
9. Que autoriza o desconto em sua folha de pagamento dos valores referentes às contribuições mensais para os Planos de Benefícios contratados junto à CAPESESP, conforme tabela(s) e regulamento(s) do(s) Plano(s) e Produto(s) contratado(s), bem como por toda e qualquer dívida contraída antes ou após o meu desligamento dos planos, inclusive relativas a eventos realizados indevidamente. Ciente que, independente do motivo, os valores referentes às contribuições mensais que não forem descontados em folha de pagamento, deverão ser efetivados mediante pagamento de boleto bancário, a ser emitido via internet ou pela CAPESESP, a pedido do Titular, ou qualquer outra forma de cobrança que venha a ser estabelecida.
10. Ter ciência de que optando pelo débito em conta, deverá liberar a Autorização do Débito em canais do banco conveniado (BB), entre os dias 20 e 30 do mês subsequente ao processamento pela CAPESESP. Segundo informações fornecidas pelo Banco, a autorização concedida à CAPESESP só será efetivada após a confirmação.
11. 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.
12. Ter recebido 01 (uma) cópia da presente proposta de inscrição.

Local

Data

Assinatura do proponente (titular)

CAPESESP (Responsável)

Autorização para débito automático em conta corrente

Caso não ocorra o pagamento das minhas contribuições para os Planos administrados pela CAPESESP por intermédio da folha de pagamento, 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 em folha de pagamento, bem como o débito automático em conta corrente.

Local

Data

Assinatura do proponente (titular)

CAPESESP (Responsável)