

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO PARA TITULAR E DEPENDENTE

CAPESAÚDE Odontológico 1

Protocolo Nº _____

Inscrição (preenchimento CAPESESP) _____

Matrícula CAPESESP Titular _____

ANS - nº 324477

Nome completo do Titular _____						
Endereço (Logradouro) _____				Número _____	Complemento _____	
Bairro _____	Cidade _____			UF _____	CEP _____	
E-mail (1) _____		E-mail (2) _____		Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		
Filiação/Pai _____				Mãe _____		
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil _____	Data de Nascimento _____	Carteira de Identidade _____	Órgão Expedidor _____	UF _____	CPF _____
Telefone residencial (DDD) _____		Telefone celular 1 (DDD) _____		Telefone celular 2 (DDD) _____		
PIS / PASEP _____	Cartão Nacional de Saúde _____	Banco _____	Agência _____	Conta corrente _____		

Relação de Dependentes para inscrição na Assistência Odontológica - ANS 456.556/07-8

Nome completo _____				Data de Nascimento _____		
Parentesco _____	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Invalído <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Nome da Mãe _____			
CPF _____	PIS / PASEP _____		Cartão Nacional de Saúde _____			
Nome completo _____				Data de Nascimento _____		
Parentesco _____	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Invalído <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Nome da Mãe _____			
CPF _____	PIS / PASEP _____		Cartão Nacional de Saúde _____			
Nome completo _____				Data de Nascimento _____		
Parentesco _____	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Invalído <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Nome da Mãe _____			
CPF _____	PIS / PASEP _____		Cartão Nacional de Saúde _____			
Nome completo _____				Data de Nascimento _____		
Parentesco _____	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Invalído <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Nome da Mãe _____			
CPF _____	PIS / PASEP _____		Cartão Nacional de Saúde _____			

O associado titular declara ter pleno conhecimento dos regulamentos e normas referentes à assistência odontológica e se responsabiliza pelo pagamento de suas contribuições mensais e de todos os seus dependentes, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos mesmos, tais como coparticipação financeira dos tratamentos odontológicos cobertos pelo benefício.

Desde já autoriza que seja efetuado o desconto dos referidos valores na sua conta corrente identificada na presente proposta de inscrição.

Local _____	Data _____	Assinatura do Titular _____
----------------	---------------	--------------------------------

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Benefícios

Os benefícios previstos neste plano são de cobertura odontológica conforme disposto na Lei 9656, de 03/06/98, e regulamentações complementares, compreendendo todos os procedimentos realizados em consultório, incluindo Diagnóstico, Urgências e Emergências, Radiologia, Prevenção, Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia e alguns procedimentos de Prótese, definidos pela legislação.

Podem ser inscritos* como beneficiários do CAPESAÚDE - Assistência Odontológica:

- Titular inscrito no plano CAPESAÚDE de Assistência médica;
- Dependente ou Agregado inscrito no plano CAPESAÚDE de Assistência Médica cujo titular esteja inscrito no CAPESAÚDE - Assistência Odontológica;

* A inscrição somente será efetuada caso o TITULAR não tenha pendências financeiras junto a CAPESESP, relativas a quaisquer integrantes de seu grupo familiar.

Carências

- 24 horas, contadas a partir da data de adesão ao Plano ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para atendimentos de urgência e emergência;
- 90 dias, para procedimentos nas especialidades de cirurgia, endodontia, periodontia, odontopediatra, radiologia, odontologia clínica e dentística;
- 180 dias para os procedimentos de prótese dentária.

Observações

- Não poderá haver antecipação das contribuições mensais com intuito de abreviar os prazos das carências.
- É isento de carência o servidor, recém empossado ocupante de cargo efetivo ou em comissão, bem como seus dependentes, se a adesão à Assistência à Saúde Suplementar ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias contados da data do efetivo exercício.
- O filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo está isento do cumprimento dos períodos de carência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção.
- Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo Plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.
- Os períodos de carência serão observados também na hipótese de reingresso dos beneficiários ao Plano.

Cobertura

- Para saber os procedimentos cobertos pela Assistência Odontológica, consulte a TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS na página da Internet (www.capesesp.com.br) ou telefone para **0800 979 6191** (ligação gratuita) para obter maiores informações.

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