

## Tipo de Inscrição

- 1ª Inscrição       Reinscrição       Manutenção
- Titular e dependentes       Dependentes naturais e/ou econômico       Pensionistas

## Planos para Inscrição (assinale apenas um) - Acomodação: ENFERMARIA

- CAPESAÚDE PERFIL **Alagoas** (reg. nº 484001/19-1)       CAPESAÚDE Perfil **Minas Gerais** (reg. nº 483639/19-1)
- CAPESAÚDE Perfil **Bahia** (reg. nº 484282/19-1)       CAPESAÚDE Perfil **Pará** (reg. nº 483108/19-0)
- CAPESAÚDE Perfil **Ceará** (reg. nº 483382/19-1)       CAPESAÚDE Perfil **Paraíba** (reg. nº 483103/19-9)
- CAPESAÚDE Perfil **Espírito Santo** (reg. nº 483105/19-5)       CAPESAÚDE Perfil **Paraná** (reg. nº 484000/19-3)
- CAPESAÚDE Perfil **Goiás** (reg. nº 483110/19-1)       CAPESAÚDE Perfil **Pernambuco** (reg. nº 483107/19-1)
- CAPESAÚDE Perfil **Maranhão** (reg. nº 483109/19-8)       CAPESAÚDE Perfil **Piauí** (reg. nº 483106/19-3)
- CAPESAÚDE Perfil **Mato Grosso do Sul** (reg. nº 483640/19-5)       CAPESAÚDE Perfil **Rio de Janeiro** (reg. nº 483104/19-7)

## Informações do Titular e/ou Pensionista

Nº matrícula Funcional		Matrícula CAPESESP Titular		Nº mat. SIAPE Instituidor	
Filiação/Pai			Mãe		
Data de Admissão	Situação Funcional	UPAG	Lotação		
Nome completo				CPF (obrigatório)	
Endereço (Logradouro)			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP		
E-mail para comunicação geral pela CAPESESP					
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado Civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	UF
PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde	RIC (Reg. de Identidade Civil)	Título de Eleitor		
Telefone residencial (DDD)	Telefone celular 1 (DDD)		Telefone celular 2 (DDD)		
Banco	Agência	Conta corrente			

## Informações dos Dependentes Naturais e/ou Dependentes Econômicos

Nome completo				Parentesco	
Mãe			Data de Nascimento	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Invalido <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 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)		

Nome completo		Parentesco	
Mãe	Data de Nascimento	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Invalidez <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 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 Nascimento VIVO (para nascidos a partir de 01/01/2010)

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](http://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, o regulamento do Plano assinalado, 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](http://www.capesesp.com.br). Em especial as seguintes condições: a. Que o Plano ao qual está aderindo é do tipo Coletivo Empresarial, de segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, de Abrangência Geográfica Grupo de Municípios com cobertura exclusivamente nas localidades indicadas no regulamento do Plano; b. 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 completara idade limite. Caso não cumpridos esses requisitos o dependente será desligado do plano, podendo ser inscrito novamente em 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; c. Que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento; d. 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](http://www.capesesp.com.br)). É de responsabilidade do beneficiário 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, 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 ineligibilidade.

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 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 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

Debito automatico 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.

Local	Data	Assinatura do Titular ou Responsável	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 Titular ou Responsável	CAPESESP (Responsável)
-------	------	--------------------------------------	------------------------

# INFORMAÇÕES IMPORTANTES



ANS - Nº 324477

## ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO

O plano CAPESAÚDE Perfil, dependendo do tipo escolhido, abrange exclusivamente os grupos de municípios correspondentes:

<b>ALAGOAS</b>	Maceió
<b>BAHIA</b>	Salvador
<b>CEARÁ</b>	Barbalha, Crato, Fortaleza e Juazeiro do Norte
<b>ESPÍRITO SANTO</b>	Vila Velha e Vitória
<b>GOIÁS</b>	Anápolis, Caldas Novas, Ceres, Goiânia, Jataí, Luziânia e São Luís de Montes Belos
<b>MARANHÃO</b>	Chapadinha, Imperatriz, Santa Inês e São Luís
<b>MATO GROSSO DO SUL</b>	Campo Grande, Dourados e Três Lagoas
<b>MINAS GERAIS</b>	Belo Horizonte e Montes Claros
<b>PARÁ</b>	Ananindeua, Belém, Cametá. Capanema, Conceição do Araguaia, Itaituba, Marabá e Tucuruí
<b>PARAÍBA</b>	Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa
<b>PARANÁ</b>	Curitiba, Londrina e Maringá
<b>PERNAMBUCO</b>	Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Recife
<b>PIAUI</b>	Floriano, Parnaíba, Picos e Teresina
<b>RIO DE JANEIRO</b>	Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaperuna, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São Gonçalo

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O CAPESAÚDE Perfil é baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), um modelo de assistência ampla e contínua incentivado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no qual o atendimento é personalizado e humanizado, com acompanhamento mais próximo e conhecimento do histórico clínico e do cotidiano do paciente. A APS funciona como "porta de entrada" dos usuários, com o objetivo de promover a saúde e prevenir agravos, diagnosticar, tratar e direcionar os casos mais graves para níveis de atendimento mais complexos.

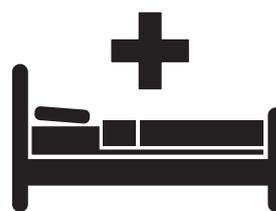
## URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O beneficiário tem garantia de atendimento somente nos hospitais ou serviços de emergência que fazem parte da rede credenciada do plano e exclusivamente dentro do grupo de municípios contratado.

Portanto, mesmo nos casos em que se configurar urgência/emergência, devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento, deve ser observada a área geográfica de abrangência do CAPESAÚDE Perfil ao qual o associado está vinculado.

## PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Enfermaria



## COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A adesão ao CAPESAÚDE Perfil garante cobertura aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, incluindo os obstétricos, previstos no Rol obrigatório de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que realizados dentro dos municípios contratados, independentemente da circunstância e do local de origem. Estão contemplados transplantes de córneas, rins e medula óssea; órteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico; remoção inter-hospitalar dentro da área de atuação do plano escolhido; assistência psicológica; e terapia ocupacional, nutricional e fisioterápica.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES



### UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

O formato do CAPESAÚDE Perfil estabelece que o primeiro atendimento seja realizado obrigatoriamente na clínica credenciada de Atenção Primária à Saúde (APS), quando disponível no grupo de municípios contratado. Nela, um médico generalista acompanhará o associado e, se necessário, irá encaminhá-lo para consulta com um especialista no prestador indicado pela CAPESESP.

A rede de APS é o local de referência no qual o beneficiário será acolhido pelo médico, receberá as orientações necessárias para a prevenção de doenças e terá a maior parte dos problemas primários de saúde solucionados. Por esse motivo, antes de procurar um médico informe-se sobre a existência de APS na localidade do plano contratado.

Nos municípios em que não há clínica credenciada de Atenção Primária à Saúde (APS) os beneficiários do CAPESAÚDE Perfil poderão agendar as consultas e os procedimentos diretamente nos prestadores que fazem parte da rede credenciada do plano ao qual estão vinculados, respeitando a Área Geográfica de Abrangência, até que a clínica de Atenção Primária à Saúde seja credenciada e passe a funcionar como “porta de entrada obrigatória”.

### OS SEGUINTES BENEFÍCIOS NÃO TÊM COBERTURA NESTE PLANO

- Auxílio Funeral;
- Auxílio Medicamento de Uso Contínuo (AMUC);
- CAPESAÚDE Urgente;
- Gerenciamento de Caso de Risco – Atenção Domiciliar (AD);
- Home Care – Internação Domiciliar (ID);
- Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada;
- Programa de Controle e Tratamento da Osteoporose (PCTO);
- Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças (PROMOPREV);
- Reembolso Medicamento;
- Transplantes não obrigatórios.

**\* CASO O ASSOCIADO SOLICITE A TRANSFERÊNCIA DE OUTROS PLANOS PARA O CAPESAÚDE PERFIL, A CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DESCRITOS ACIMA SERÁ AUTOMATICAMENTE SUSPENSA.**



CAPESESP

[www.capesesp.com.br](http://www.capesesp.com.br)

0800 979 6191

ANS - Nº 324477

CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
Av. Marechal Câmara, 160, 6º e 7º andares, Centro, Rio de Janeiro - CEP: 20020-080