

Tipo de Inscrição:	☐ 1ª Inscrição	☐ Reinscrição	☐ Manutenção
Nº matrícula CAPESESP	Nº matrícula Titular		

Plano para inscrição (nº Reg. ANS no anexo): *Campo obrigatório
(Nome do plano): _____

Capesaúde Urgente: ☐ Plano 1 - Orientação Médica Telefônica – OMT
☐ Plano 2 - Atendimento Pré-Hospitalar de urgência e emergência – APH

Dados Pessoais			
CPF (obrigatório)	Data de Nascimento	UF/Município de Nascimento	
DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor/UF	Sexo M ☐ F ☐
Nome completo			
Nome da mãe			Inválido (S/N): ☐
Grau de Parentesco com o Titular (anexar os documentos comprobatórios):		Cartão Nacional de Saúde	
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):	
Exclusivo para Agregados de Instituidor Falecido (anexar comprovante)			
Banco	Agência	Conta Corrente	

Declaração e Consentimento**Tenho ciência e/ou afirmo:**

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 no site da CAPESESP www.capesesp.com.br, em especial as seguintes condições: a. Que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento; b. Que eventuais alterações referentes aos dados cadastrais informados na presente proposta deverão ser comunicadas por meio de formulários próprios, disponíveis no site da CAPESESP (www.capesesp.com.br). É 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, 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, 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 ou DEPENDENTE-AGREGADO 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. Que o desligamento do BENEFICIÁRIO ocorrerá por solicitação do TITULAR, por falecimento, por atraso de pagamento da contribuição mensal por período superior

a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não e demais situações previstas no Regulamento do Plano;

9. 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;

10. 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 beneficiários, tanto titulares como Dependente-Agregados, 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 regulamentária pela CAPESESP, cujo tratamento está autorizado pelo art. 7º, inc. II da LGPD sem a necessidade de consentimento do titular dos dados;

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

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

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

Declaração de Pessoa Exposta Politicamente

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

Ciente:

_____, ____/____/____
Local Data Assinatura do Dependente ou Responsável