

Nº matrícula CAPESESP \_\_\_\_\_

Nº Matrícula SIAPE \_\_\_\_\_

Nº Matrícula Instituidor Pensão (apenas para pensionista) \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Plano para desligamento (nº Reg. ANS no anexo): \_\_\_\_\_

Plano para inscrição (nº Reg. ANS no anexo): \_\_\_\_\_

Nome do Plano \_\_\_\_\_

Nome do Plano \_\_\_\_\_

Cor/Raça/Etnia

Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

### 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 do Guia de Leitura Contratual – GLC, todos disponíveis no site da CAPESESP [www.capesesp.com.br](http://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. É responsabilidade do Titular 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 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. 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 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, 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. Comprometer-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão e na Gerência Regional da CAPESESP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário auto patrocinado;

9. Que autorizo o desconto em minha 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. Que autorizo a utilização dos dados pessoais e informações sobre saúde, com a finalidade de gerar dados para estudos e pesquisas científicas, visando a promoções 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 LGPD 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 do presente Termo Conjunto de Desligamento/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