



Plano Referência: Ambulatorial, Hospitalar, Obstétrica e Odontológica

Registro do plano: 442.499/03-9

**Preencha os campos sem rasura, anexando a documentação prevista no regimento do plano.**

01 - CPF do associado ou ex-associado		2 - Nome do associado ou ex-associado		03 - Grau de parentesco com o indicado	
04 - Nome completo do proponente, sem abreviação (beneficiário a ser inscrito)					
05 - Data de nascimento		06 - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		07 - Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado	
08 - CPF do proponente		09 - Número do RG/RNE		10 - Órgão emissor / UF do RG/RNE	
11 - Data da emissão do RG/RNE		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS		13 - Naturalidade (município e UF)	
14 - Assinale as opções afirmativas <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiente auditivo <input type="checkbox"/> Interditado (apresentar comprovante) <input type="checkbox"/> Inválido total irreversível		15 - Nome da mãe / sem abreviação		16 - Nome do pai / sem abreviação	
Endereço de correspondência:		17 - CEP		18 - Município	
19 - UF		20 - Logradouro: Rua, Avenida, Pça, etc...		21 - Número	
22 - Complemento (apto., sala, bloco, etc)		23 - Bairro		24 - Telefone fixo 1 DDD Número	
25 - Telefone fixo 2 DDD Número		Ramal		26 - Telefone celular 1 DDD Número	
27 - Telefone celular 2 DDD Número		28 - E-mail			

**Preencher somente se for diferente do de correspondência. Permitido somente um endereço de correspondência por contrato.**

Endereço residencial:		29 - CEP		30 - Município	
31 - UF		32 - Logradouro: Rua, Avenida, Pça, etc...		33 - Número	
34 - Complemento (apto., sala, bloco, etc)		35 - Bairro			

**Obrigatório o preenchimento dos campos 36 ao 45 quando a contratação for realizada por terceiros. Quando o proponente for menor de 18 anos ou incapaz, obrigatório a indicação de contratante.**

36 - Nome completo do contratante, sem abreviação					
37 - Grau de parentesco com o proponente		38 - E-mail do contratante			
39 - Data de nascimento		40 - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		41 - Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado	
42 - CPF do contratante		43 - Número do RG/RNE		44 - Órgão emissor / UF do RG/RNE	
45 - Data da emissão do RG/RNE					

Os campos 46, 47 e 48 são de preenchimento obrigatório.

46 - Selecione na tabela abaixo a faixa etária do beneficiário a ser inscrito e o valor contratado

FAIXA ETÁRIA	Valor contratado	FAIXA ETÁRIA	Valor contratado
<input type="checkbox"/> 0 (zero) a 18 (dezoito) anos	R\$ 619,75	<input type="checkbox"/> 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	R\$ 1.277,21
<input type="checkbox"/> 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	R\$ 715,12	<input type="checkbox"/> 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	R\$ 1.478,39
<input type="checkbox"/> 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	R\$ 826,00	<input type="checkbox"/> 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	R\$ 1.983,52
<input type="checkbox"/> 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	R\$ 954,64	<input type="checkbox"/> 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	R\$ 2.664,43
<input type="checkbox"/> 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	R\$ 1.103,77	<input type="checkbox"/> 59 (cinquenta e nove) anos ou mais	R\$ 3.563,73

47 - Dia p/ pgto. da mensalidade (assinale apenas uma opção)

01  10  20

48- Forma de pagamento (assinale e preencha os dados de apenas uma opção)

**Débito conta corrente** - Autorizo a Cabesp a debitar no Banco Santander, agência nº \_\_\_\_\_, conta nº \_\_\_\_\_, de titularidade de \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, as importâncias correspondentes à mensalidade e demais valores devidos à Caixa bem como efetivar crédito de reembolso quando houver.

**Boleto bancário** - Autorizo a Cabesp a emitir boleto bancário para pagamento da mensalidade e demais valores devidos à Caixa e a realizar, quando houver, crédito de reembolso no banco \_\_\_\_\_, agência nº \_\_\_\_\_, conta nº \_\_\_\_\_, em nome do 1º titular \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_.

**Prezado proponente, a aceitação desta proposta e efetiva inscrição ficam condicionadas ao pagamento do boleto de primeira mensalidade, iniciando a vigência no 1º dia subsequente ao pagamento.**

### DECLARAÇÃO

Declaro a veracidade das informações ora prestadas, sob as penas dos artigos 171 e 299 do Código Penal e 927 do Código Civil. Declaro, para os devidos fins de direito, estar recebendo, simultaneamente com a assinatura desta proposta de inscrição, a íntegra do Regimento do Plano, o qual encontra-se registrado no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº 5047356; e com ele concordo, sem ressalvas ou reservas, especialmente quanto às condições gerais, prazos, carências e responsabilidades por esta declaração, que assino de livre e espontânea vontade.

Declaro estar ciente de que o regimento do Plano poderá ser alterado a qualquer tempo a critério da Cabesp, sempre de acordo com a legislação pertinente, bem como que a presente proposta de inscrição está sujeita à aprovação pela Cabesp.

Declaro reconhecer que todos os valores que vierem a constituir obrigação de pagar a partir da presente inscrição, nas condições expressas no Regimento do Plano, tais como mensalidade/co-participação/utilização, são desde já por mim reconhecidos como dívida líquida, certa e exigível.

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do contratante, semelhante ao documento de identificação apresentado

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do correntista (só necessária quando o correntista não for o contratante)

### PARA USO DA CABESP

#### CARÊNCIAS

ISENTO A CUMPRIR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urgência / emergência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames, terapias e proc. ambulatoriais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internação

ISENTO A CUMPRIR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internação em apartamento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstetrícia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstetrícia em apartamento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontologia

Providências tomadas em:

Visto:

Conferido em:

Visto: