

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO



ANS - nº 35233-1 - PLANO COLETIVO DE A	SSISTÊNCIA À SAÚI	DE - CABESP FAMÍLIA -	PAC	
Plano Referência: Ambulatorial, Hospitalar, Obstétrica e Odontológica		Registro do plano: 442.499/03-9		
Preencha os campos sem rasura, anexa	ndo a documentaç	ão prevista no regiment	o do plano.	
01 - CPF do associado ou ex-associado 2 - Nome do associado ou e	ex-associado		03 - Grau de parentesco com o indicado	
04 - Nome completo do proponente, sem abreviação (beneficiário a	ser inscrito)		1	
05 - Data de nascimento 06 - Sexo Masculino Feminino 07 - Estado Solteiro União est	Casado Divitável Viúvo Se	vorciado parado	ente	
09 - Número do RG/RNE 10 - Orgão emiss do RG/RNE	do RG/RNE	12 - Número do Cart	ão Nacional de Saúde - CNS	
Deficiência v	opções afirmativas visual apresentar comprovante)	Deficiente auditivo		
15 - Nome da mãe / sem abreviação				
16 - Nome do pai / sem abreviação				
Endereço de correspondência: (17 - CEP) (18 - Mun	nicípio		19 - UF	
20- Logradouro: Rua, Avenida, Pça, etc			21 - Número	
22- Complemento (apto., sala, bloco, etc)	23 - Bairro			
24 - Telefone fixo 1 DDD Número	amal 26 - Telefone of DDD Número	elular 1 (27 - Tel	efone celular 2 Número	
28- E-mail				
Preencher somente se for diferente do de correspondên	cia. Permitido some	nte um endereço de corres	spondência por contrato.	
Endereço esidencial: 29 - CEP 30 - Município			31 - UF	
32- Logradouro: Rua, Avenida, Pça, etc			33 - Número	
34- Complemento (apto., sala, bloco, etc)	35 - Bairro			
Obrigatório o preeenchimento dos campos 36 ao 45 qua Quando o proponente for menor de 18 anos ou incapaz,	-			
36 - Nome completo do contratante, sem abreviação				
37 - Grau de parentesco com o proponente 38 - E-mail do contra	atante			
39 - Data de nascimento 40 - Sexo 41 - Estado C Solteiro S	Casado Div	vorciado 42 - CPF do contratar	nte	
	ável	parado 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		
0 (zero) a 18 (dezoito) anos	R\$ 712,96	□39 (trinta e nove)	a 43 (quarenta e três) anos	R\$ 1.469,30		
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	R\$ 822,67	☐ 44 (quarenta e q	uatro) a 48 (quarenta e oito) anos	R\$ 1.700,74		
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	R\$ 950,23	49 (quarenta e n	nove) a 53 (cinquenta e três) anos	R\$ 2.281,84		
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	R\$ 1.098,22	☐ 54 (cinquenta e	quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	R\$ 3.065,16		
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	R\$ 1.269,78	☐ 59 (cinquenta e	nove) anos ou mais	R\$ 4.099,71		
47 - Dia p/ pgto. da mensalidade (assinale apenas uma opção) 0120						
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						
bem como efetivar crédito de reembolso quanc	lo 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 n°, conta n°, conta n°, CPF						
		, 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.						
	DECLA	RAÇÃO				
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 Assi	natura do contra	atura do contratante, semelhante ao documento de identificação apresentado				
Local e Data Assi	inatura do correntista (só necessária quando o correntista não for o contratante)					
PARA USO DA CABESP						
CARÊNCIAS						
ISENTO A CUMPRIR Urgência / emergência Consultas Exames, terapias e proc. ambulatoriais Internação		ISENTO A CUI	MPRIR Internação em apartamer Obstetrícia Obstetrícia em apartamer Odontologia			
Providências Visto: tomadas em:		Conferido em:	Visto:			
		1				