



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
-----------------------------------

<b>Endereço de correspondência:</b>	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.**

<b>Endereço residencial:</b>	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\$ 798,50	<input type="checkbox"/> 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	R\$ 1.645,58
<input type="checkbox"/> 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	R\$ 921,37	<input type="checkbox"/> 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	R\$ 1.904,79
<input type="checkbox"/> 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	R\$ 1.064,24	<input type="checkbox"/> 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	R\$ 2.555,61
<input type="checkbox"/> 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	R\$ 1.229,98	<input type="checkbox"/> 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	R\$ 3.432,91
<input type="checkbox"/> 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	R\$ 1.422,12	<input type="checkbox"/> 59 (cinquenta e nove) anos ou mais	R\$ 4.591,58

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

       Urgência / emergência  
        Consultas  
        Exames, terapias e proc. ambulatoriais  
        Internação

ISENTO    A CUMPRIR

       Internação em apartamento  
        Obstetrícia  
        Obstetrícia em apartamento  
        Odontologia

Providências tomadas em:

Visto:

Conferido em:

Visto: