



Preencha os campos sem rasura, anexando a documentação exigida.

| | |
|--|----------------------------------|
| Plano Referência: Ambulatorial, Hospitalar, Obstétrica e Odontológica | Registro do plano: CABESP |
|--|----------------------------------|

| | |
|--|---|
| 01 - Tipo de beneficiário a ser inscrito (assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Associado <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Dependente Contribuinte | 02 - Grau de parentesco com o Associado |
|--|---|

| |
|---|
| 03 - Nome completo do beneficiário a ser inscrito |
|---|

| | | | |
|-------------------------|---|---|--------------------------|
| 04 - Data de nascimento | 05 - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 06 - 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 | 07 - CPF do beneficiário |
|-------------------------|---|---|--------------------------|

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| 08 - Número do RG/RNE | 09 - Órgão emissor / UF do RG/RNE | 10 - Data da emissão do RG/RNE | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|

| | |
|------------------------------------|---|
| 12 - Naturalidade (município e UF) | 13 - 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 |
|------------------------------------|---|

| |
|-----------------------------------|
| 14 - Nome da mãe / sem abreviação |
|-----------------------------------|

| |
|-----------------------------------|
| 15 - Nome do pai / sem abreviação |
|-----------------------------------|

| | | | |
|-------------------------------------|----------|----------------|---------|
| Endereço de correspondência: | 16 - CEP | 17 - Município | 18 - UF |
|-------------------------------------|----------|----------------|---------|

| | |
|--|-------------|
| 19 - Logradouro: Rua, Avenida, Pça, etc... | 20 - Número |
|--|-------------|

| | |
|--|-------------|
| 21 - Complemento (apto., sala, bloco, etc) | 22 - Bairro |
|--|-------------|

| | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 23 - Telefone fixo 1 DDD Número | 24 - Telefone fixo 2 DDD Número Ramal | 25 - Telefone celular 1 DDD Número | 26 - Telefone celular 2 DDD Número |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|

| |
|-------------|
| 27 - E-mail |
|-------------|

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

| | | | |
|------------------------------|----------|----------------|---------|
| Endereço residencial: | 28 - CEP | 29 - Município | 30 - UF |
|------------------------------|----------|----------------|---------|

| | |
|--|-------------|
| 31 - Logradouro: Rua, Avenida, Pça, etc... | 32 - Número |
|--|-------------|

| | |
|--|-------------|
| 33 - Complemento (apto., sala, bloco, etc) | 34 - Bairro |
|--|-------------|

Em caso de regularização por óbito, informar os dados do associado falecido.

| | |
|---------------------------------------|----------|
| 35 - Nome do associado sem abreviação | 36 - CPF |
|---------------------------------------|----------|

Obrigatório o preenchimento dos campos 37 ao 46 quando se tratar de inscrição de dependente ou quando menor de 18 anos ou interditado judicialmente.

| |
|---|
| 37 - Nome completo do contratante, sem abreviação |
|---|

| | |
|---|----------------------------|
| 38 - Grau de parentesco com o beneficiário a ser inscrito | 39 - E-mail do contratante |
|---|----------------------------|

| | | | |
|-------------------------|---|---|-------------------------|
| 40 - Data de nascimento | 41 - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 42 - 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 | 43 - CPF do contratante |
|-------------------------|---|---|-------------------------|

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 44 - Número do RG/RNE | 45 - Órgão emissor / UF do RG/RNE | 46 - Data da emissão do RG/RNE |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

47- Forma de pagamento (assinale e preencha apenas uma opção)

Atenção: a opção escolhida será mantida para todo grupo familiar.

Débito conta corrente - Autorizo a Cabesp a debitar no Banco Santander, agência nº _____, conta nº _____, de titularidade de _____, CPF _____, os valores devidos à Caixa, bem como efetivar crédito de reembolso quando houver.

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

DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei e do Estatuto da CABESP, que são do meu conhecimento, que as informações acima fornecidas são verdadeiras e de minha responsabilidade.

Autorizo expressamente a descontar de minha remuneração, benefício, suplementação, complementação, débito em conta corrente ou ainda o pagamento por boleto bancário, as contribuições, coparticipações e quaisquer outros débitos para com a CABESP, em decorrência das despesas em meu nome e sob a minha responsabilidade, feitos para o meu atendimento e de meus familiares inscritos como dependentes diretos, bem como contribuições adicionais referentes a dependentes indiretos.

Declaro que tenho conhecimento das normas, Regulamentos e do Estatuto da CABESP, ciência quanto aos períodos de carências a serem imputados ao titular e dependentes, restando claro que posso ser responsabilizado caso faça uso indevido da assistência à saúde ofertado pela operadora.

| | |
|--------------|---|
| 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 | Procedimentos médicos | Isento | A Cumprir | Obstetria | Isento | A Cumprir | Odontologia |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Adesão em:

Tipo de dependente:

Lotação:

Providências tomadas em:

Visto:

Conferido em:

Visto:

Assinatura do gestor: