

ATENÇÃO: ANTES DO PREENCHIMENTO LEIA AS INSTRUÇÕES CONSTANTES NO VERSO DA 2ª VIA

1. INFORMAÇÕES DO ASSOCIADO

1.1. Nome: _____

1.2. Telefone: _____ 1.3. Matrícula Mantenedora: _____ 1.4. Mantenedora: Banrisul FB Cabergrs Bagergrs Banrisul Serviços _____

2. PEDIDO DE INSCRIÇÃO NA CABERGRS: ASSOCIADO DEPENDENTE **Uso exclusivo CABERGRS**

2.1. Nome: _____

2.2. Data de Nascimento: _____ 2.3. Naturalidade: _____

2.4. Sexo: Feminino Masculino 2.5. Grau de Parentesco, indique o código conforme a Tabela do item III, do verso: _____

2.6. Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

2.7. Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado Separação Judicial 2.8. Escolaridade: Não Alfab. 1º Grau 2º Grau Superior Pós-graduação 2.9. Situação: Andamento Incompleto Concluída Prep.próx.grau

2.10. Form. Acadêmica: _____ 2.11. Profissão: _____

2.12. Nº RG.: _____ Org Expe.: _____ Data Exped.: _____ 2.13. CPF: _____

2.14. Endereço: _____

Nº: _____ Aptº: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ U.F.: _____ País: _____

2.15. Telefones: _____ 2.16. E-mail: _____

2.17. Possui outro plano de saúde? Não Sim Qual? _____ 2.18. Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

2.19. Caso Possua uma das doenças relacionadas no campo V - Código de Doenças Crônicas no verso, Indique: _____

2.20. Utiliza medicação de uso contínuo? Não Sim Quais? _____

2.21. Informações que deseja que conste na sua Carteira de Identificação: _____

3. INSCRIÇÃO NA CABERGRS

Nos termos do Estatuto Social e Regulamento Geral da Entidade, eu que abaixo subscrevo este documento, na condição de ASSOCIADO confirmo sob as penas da Lei as informações ora prestadas e requeiro esta inscrição na Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul - CABERGRS. CNPJ 023 15431/0001.72, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 30.731-9.

4. TERMO DE ADESÃO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Conforme faculta a CABERGRS, requeiro a inscrição ora procedida no(s):

Plano segmento Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia _____, registrado na ANS sob o nº _____

Plano segmento Odontológico _____, registrado na ANS sob o nº _____

Programade Assistência Farmacêutica – PROFARM (somente para Beneficiário Responsável/ cônjuge ou companheiro(a))

Programade Auxílio Medicamento – PROMED (somente para Beneficiário Responsável)

Declaro que recebi, tomei conhecimento do Estatuto e Regulamento da CABERGRS, Regulamentos dos Planos de Saúde, Cartilhas, redigidas em linguagem simples e aceitei plenamente as cláusulas e condições que tratam dos meus direitos e obrigações frente aos Planos de Saude da CABERGRS.

Aceito Não aceito. Receber por e-mail, documentos e exemplares dos Regulamentos relativos ao contrato de adesão ao PAMII e PODII.

Autorizo, desde já, meu beneficiário acima mencionado a requisitar assistência regulamentar, até a minha manifestação expressa em sentido contrário, bem como o débito em minha folha de pagamento, ou suplementação de benefícios, ou em qualquer conta corrente que mantenho ou vier a manter junto ao Banco do Estado do Rio Grande do Sul S/A, das despesas referentes a(s) Taxa(s) de Inscrição, Contribuições, TPD - Taxa de Participação nas Despesas e despesas referente a utilização de serviços não cobertos ou indevida.

Local e data _____ Assinatura do Beneficiário Responsável _____

5. USO CABERGRS

Recebimento deste na CABERGRS. _____ Data Responsável	Deferimos inscrição no(s) Planos constantes deste documento. _____ Data Responsável	Beneficiário cadastrado em: _____ Data Responsável	Débitos da CMN informado para: _____ Data Responsável
---	---	--	---

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- I) Use este formulário para inscrição de Beneficiários nos Planos de Saúde da Cabergs: PAM, PAM II, POD, POD III, PROFARM e PROMED.
- II) Use letra de forma e preencha a caneta, sem rasuras ou ressalvas, todas as informações solicitadas nos campos 1 e 2. No campo 4 assinale apenas a quadrícula do Plano ou Programa que está requerendo a inscrição, preencha o local, data e assinie. Os campos sombreados são de uso Cabergs;
- III) Para inscrição apresente um DAC - DOCUMENTO DE ADESÃO NA CABERGS para cada beneficiário a ser inscrito, acompanhado de **uma foto 3x4** colada no campo indicado e também das cópias dos seguintes documentos:

- **Beneficiário Responsável:** cópia da carteira de identidade e CPF;
- **Dependentes Diretos**
 - Esposa: certidão de casamento, carteira de identidade e CPF;
 - Filhos: carteira de identidade e CPF, e, se filho menor, apresentar certidão de nascimento;
 - Companheira (o): carteira de identidade e CPF, juntamente com Declaração de Vida em Comum (quando for comprovada convivência de no mínimo 5 anos) com duas testemunhas;
- **Dependentes Indiretos:**
 - Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira (o): carteira de identidade e CPF, além da Declaração de Vida em Comum (quando esta for de convivência de menos de 5 anos), com duas testemunhas.

Observações:

- as Declarações de Vida em Comum deverão ter as assinaturas reconhecidas por Tabelião Público (Cartório). Poderá ser solicitado modelo desta declaração no Relacionamento com Beneficiários, se necessário;
- estão dispensados de foto as crianças menores de quatro anos de idade.

- IV) No caso de inscrição de dependente indique no campo 2.5. o Códigos de Parentesco, conforme tabela abaixo:

Cód	Parentesco	Cód	Parentesco	Cód	Parentesco	Cód	Parentesco	Cód	Parentesco
01	Esposo(a)	06	Tutelado(a)	11	Sogro(a)	18	Filho adotivo	23	Sobrinho(a)
02	Companheiro(a)	07	Enteado(a)	12	Pai / Mãe	19	Cônjuge do Neto(a)	24	Cônjuge do Sobrinho(a)
03	Ex- Cônjuge	08	Neto(a)	14	Genro/ Nora	20	Cunhado(a)	25	Bisneto(a)
04	Filho(a)	09	Irmão(a)	16	Avós	21	Tio(a)	26	Cônjuge do Bisneto(a)
05	Menor sob Guarda	10	Padrasto/ Madrasta	17	Bisavós	22	Cônjuge do tio(a)		

- V) No caso de Doenças Crônicas indique no campo 2.19. o código conforme tabela abaixo:

Cód.	Doenças Crônicas	Cód.	Doenças Crônicas	Cód.	Doenças Crônicas	Cód.	Doenças Crônicas
A15	Tuberculose	F03	Esquizofrenia	J30	Rinite Alérgica	L80	Vitiligo
A30	Lepra	F10	Etilismo	J42	Bronquite Crônica	M00	Artrites e Colagenoses
A52	Sífilis Sistêmica	F11	Dependente Químico	J43	Enfisema	M40	Doenças Degenerativas da Coluna
B18	Hepatite Crônica	F20	Psicoses	J45	Asma Bronquica	M81.8	Osteoporose
B20	Sida	F32	Depressão	J47	Bronquectasias	M86	Osteomielite
B49	Doenças Fungicas Sistêmicas	F41	Ansiedade	J64	Pneumoconioses	N03	Glomerulonefrite Crônica
B54	Malária	G20	Parkinson	K21	Hernia de Hiato	N04	Síndrome Nefrótica
B57	Doença de Chagas	G30	Alzheimer	K27	Doença Péptica	N11	Pielonefrite Crônica
B57.2	Cardiopatía Chagásica	G40	Epilepsias	K51	Colite Ulcerativa	N18	Insuficiência Renal Crônica
C00	Câncer, Leucemia e Linformas	G43	Enxaqueca	K57	Doença Diverticular	N40	Hiperplasia Prostática
E00	Hipertireoidismo- Hipotireoidismo	G45	Doenças Vasculares Cerebrais	K74	Cirrose Hepática	N95.1	Menopausa e Climatério
E06	Tireoidites	I00	Febre Reumática	L21	Dermatite Seborréica	Q90	Síndrome de Down
E10	Diabete Mellitus	I10	Hipertensão Arterial	L40	Psoríase	Q96	Síndrome de Turner
E20	Hipoparatiroidismo	I25	Cardiopatía Isquêmica	L50	Urticária	Q98	Síndrome de Klinefelter
E66	Obesidade	I70	Aterosclerose	L70	Acne	R54	Senilidade

- VI) Modalidade dos Planos de Saúde conforme situação:

- Beneficiários Responsáveis:

Modalidade PAM II
 PAMEG II – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Geral II
 PAMFA II – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Facultativo II
 Modalidade PROFARM
 PROFARM – Programa de Assistência Farmacêutica

Modalidade POD III
 POD III – Plano de Assistência Odontológica III

Modalidade PROMED
 PROMED – Programa de Auxílio Medicamento

- Dependentes Diretos: Cônjuge e aqueles que mantenham, por, no mínimo, cinco anos de união estável, na condição de companheiro(a), filhos solteiros até 21 anos incompletos, ou inválidos, filhos solteiros até 24 anos, estudante, dependente econômico e que não exerçam atividade remunerada. Serão inscritos conforme modalidade do Beneficiário Responsável.

Modalidade PAM
 PAMES – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Especial
 PAMPA – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Padrão
 PAMEG – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Geral
 PAMFA – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Facultativo
 Modalidade POD
 POD I – Plano de Assistência Odontológica I
 POD II – Plano de Assistência Odontológica II
 Modalidade PROFARM
 PROFARM – Programa de Assistência Farmacêutica - Somente para Cônjuge ou Companheiro(a)

Modalidade PAM II (Adaptados a Lei 9.656/98)
 PAMEG II – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Geral II
 PAMFA II – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Facultativo II

Modalidade POD III (Adaptados a Lei 9.656/98)
 POD III – Plano de Assistência Odontológica III

- Dependentes Indiretos:

Modalidade PAM II
 PAMO II – Plano de Assist. Médico-Hospitalar Opcional II

Modalidade POD III
 POD III – Plano de Assistência Odontológica III

- VII) Guarde a 2ª via deste DAC, para seu controle.

- VIII) Os Regulamentos dos Planos apresentam suas condições específicas, a extensão de sua cobertura, as restrições de acesso, o custeio e o que mais for pertinente a cada um deles.

ATENÇÃO: Quando da inscrição no POD I e POD III, a carteira Cabergs com tais benefícios somente será liberada após a entrega na Cabergs do documento "Consulta de Ingresso no POD - CIP", o qual deverá estar preenchido por Odontólogo Credenciado.