

# PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

## TIPO DE USUÁRIO

|                                                                                                        |  |              |  |                                                                                          |  |                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Empregado ativo                                                               |  |              |  | <input type="checkbox"/> Pensionista                                                     |  |                 |  |
| <input type="checkbox"/> Empregado requisitado ou cedido com proventos junto à Codevasf                |  |              |  | <input type="checkbox"/> Empregado de empresa conveniada                                 |  |                 |  |
| <input type="checkbox"/> Ocupante de cargo com função gratificada                                      |  |              |  | <input type="checkbox"/> Titular substituto, em decorrência de falecimento do(a) titular |  |                 |  |
| Admissão na Codevasf:                                                                                  |  | Banco:       |  | Ag:                                                                                      |  | Conta Corrente: |  |
| Adesão a partir de:                                                                                    |  | Nº Cadastro: |  | Lotação:                                                                                 |  | Faixa Salarial: |  |
| <input type="checkbox"/> PM - Plano Médico<br><input type="checkbox"/> PMO - Plano Médico Odontológico |  |              |  |                                                                                          |  |                 |  |

## DADOS DO(A) TITULAR

|                                     |  |     |                                                             |                      |  |                           |      |
|-------------------------------------|--|-----|-------------------------------------------------------------|----------------------|--|---------------------------|------|
| Nome do titular (sem abreviaturas): |  |     |                                                             |                      |  |                           |      |
| CPF:                                |  | RG: |                                                             | Órgão Emissor:       |  | Cartão Nacional de Saúde: |      |
| Data Nascimento: ____/____/____     |  |     | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |                      |  | Estado Civil:             |      |
| Endereço:                           |  |     |                                                             | Complemento:         |  |                           |      |
| Bairro:                             |  |     | Cidade:                                                     |                      |  | UF:                       | CEP: |
| E-mail:                             |  |     |                                                             | Fone Trabalho (DDD): |  |                           |      |
| Fone Residencial (DDD):             |  |     |                                                             | Celular (DDD):       |  |                           |      |
| Nome da mãe:                        |  |     |                                                             | Nome do pai:         |  |                           |      |

## DADOS DOS DEPENDENTES

| Dependente                                                  |  |             |  |                |               |                                 |  |
|-------------------------------------------------------------|--|-------------|--|----------------|---------------|---------------------------------|--|
| Nome (sem abreviaturas):                                    |  |             |  |                |               |                                 |  |
| CPF:                                                        |  | RG:         |  | Órgão Emissor: |               | Data Nascimento: ____/____/____ |  |
| Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  | Parentesco: |  |                | Estado civil: |                                 |  |
| E-mail:                                                     |  |             |  | Celular (DDD): |               |                                 |  |
| Nome da mãe:                                                |  |             |  | Nome do pai:   |               |                                 |  |
| Dependente                                                  |  |             |  |                |               |                                 |  |
| Nome (sem abreviaturas):                                    |  |             |  |                |               |                                 |  |
| CPF:                                                        |  | RG:         |  | Órgão Emissor: |               | Data Nascimento: ____/____/____ |  |
| Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  | Parentesco: |  |                | Estado civil: |                                 |  |
| E-mail:                                                     |  |             |  | Celular (DDD): |               |                                 |  |
| Nome da mãe:                                                |  |             |  | Nome do pai:   |               |                                 |  |

### CASEC

Caixa de Assistência à Saúde  
dos Empregados da CODEVASF  
CNPJ nº 03.702.977/0001-49

### Endereço

SGAN Qd 601, Conj. I.  
Ed. Dep. Manoel Novaes. Sala 214. CEP  
70.830-019. Brasília - DF.

### Central de Atendimento

61 2028-4630 / 2028-4547 / 2028-4887  
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)  
0800 000 1882 (Ouvidoria)

### E-mail

atendimento@casecsaude.com.br  
casec@codevasf.gov.br  
ouvidoria@casecsaude.com.br  
[www.casecsaude.com.br](http://www.casecsaude.com.br)

## Dependente

|                                                             |             |                |                             |
|-------------------------------------------------------------|-------------|----------------|-----------------------------|
| Nome (sem abreviaturas):                                    |             |                |                             |
| CPF:                                                        | RG:         | Órgão Emissor: | Data Nascimento: __/__/____ |
| Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Parentesco: |                | Estado civil:               |
| E-mail:                                                     |             | Celular (DDD): |                             |
| Nome da mãe:                                                |             | Nome do pai:   |                             |

**DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Declaro haver lido, compreendido e aceito integralmente, sem restrições, os termos do regulamento do plano coletivo empresarial administrado pela CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA CODEVASF - CASEC, especialmente: área de abrangência geográfica, padrão de acomodação, valor da mensalidade, coberturas e procedimentos garantidos, exclusões de cobertura, duração do contrato, períodos de carências, atendimento de urgência e emergência, mecanismos de regulação (coparticipação), reajuste e rescisão/suspensão. |
| 2. Que tenho ciência de que posso ter acesso à cópia integral do regulamento do plano por intermédio do sítio eletrônico da CASEC: <a href="http://www.casecsaude.com.br">www.casecsaude.com.br</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3. Que os pedidos de inclusão e exclusão de dependentes deverão ser feitos diretamente à CASEC, responsável pela verificação das condições de elegibilidade, conferência e análise dos documentos exigidos para comprovação de laços de parentesco.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. Que a cobrança das mensalidades e demais obrigações financeiras (coparticipações e franquias, cartões etc.) decorrentes da oferta dos serviços de assistência à saúde serão efetuados diretamente pela CASEC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5. Que, em caso de atraso no pagamento das obrigações financeiras, os valores em débito serão atualizados monetariamente pela variação do INPC ou outro índice oficial que vier a substituí-lo, além de juros de 2% (dois por cento) ao mês e multa de mora de 1% (um por cento).                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6. Que o atraso na quitação das mensalidades ou quaisquer outros débitos de minha responsabilidade, por prazo superior a 30 (trinta) dias, implicará a suspensão imediata da minha cobertura assistencial e dos meus dependentes e por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de permanência no plano resultará em minha exclusão e de meus dependentes mediante prévia e formal comunicação feita pela CASEC.                                                                              |
| 7. Que é de minha inteira responsabilidade manter os dados cadastrais atualizados, comunicando à CASEC eventuais alterações, não sendo futuramente admitidas alegações quanto ao não recebimento de avisos encaminhados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8. Que me responsabilizo integralmente por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente por mim e meus dependentes, a partir desta data.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10. Que as informações por mim prestadas neste Termo de Responsabilidade Financeira são verdadeiras assumindo integral responsabilidade perante a CASEC e terceiros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**FORMA DE PAGAMENTO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autorizo a Caixa De Assistência à Saúde dos Empregados da Codevasf - Casec a efetuar o desconto dos valores das obrigações financeiras referentes ao plano de saúde em folha de pagamento. Não havendo margem consignável disponível, serão cobrados mediante a emissão de boletos bancários a serem enviadas por correio eletrônico ou por via postal. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O(a) beneficiário(a), titular dos dados, sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela CASEC, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, agências reguladoras, prestadores de serviços, entidades governamentais ou não governamentais, com o objetivo principal de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Regulamento do Plano, que visa prestar serviços de Plano de Saúde aos seus beneficiários. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**CASEC**

Caixa de Assistência à Saúde  
dos Empregados da CODEVASF  
CNPJ nº 03.702.977/0001-49

**Endereço**

SGAN Qd 601, Conj. I.  
Ed. Dep. Manoel Novaes. Sala 214. CEP  
70.830-019. Brasília - DF.

**Central de Atendimento**

61 2028-4630 / 2028-4547 / 2028-4887  
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)  
0800 000 1882 (Ouvidoria)

**E-mail**

atendimento@casecsaude.com.br  
casec@codevasf.gov.br  
ouvidoria@casecsaude.com.br  
[www.casecsaude.com.br](http://www.casecsaude.com.br)

Os dados serão tratados enquanto houver necessidade, principalmente até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a CASEC mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente. Maiores detalhes sobre o tratamento de dados no decorrer da relação entre a CASEC e o(a) beneficiário(a) estão em nosso Aviso de Privacidade no site [www.casecsaude.com.br](http://www.casecsaude.com.br)

O titular dos dados declara, ainda, ter ciência das responsabilidades dos agentes que realizarão o tratamento e que quando houver infração à Lei Geral de Proteção de Dados, por parte do controlador ou do operador, em razão do exercício de atividade de tratamento de dados pessoais, causando dano patrimonial, moral, individual ou coletivo, em violação à legislação de proteção de dados pessoais, eles serão obrigados a repará-lo.

Nos termos do artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados, o titular dos dados pessoais tem direito a:

I - Confirmação da existência de tratamento.

II - Acesso aos dados.

III - Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados.

IV - Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei.

V - Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial.

VI - Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da LGPD.

VII - Informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados.

VIII - Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa.

IX - Revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da LGPD.

Tais direitos poderão ser exercidos pessoalmente, na SGAN 601, Conj. I. Ed. Dep. Manoel Novaes, CEP: 70.830-019 - Brasília/DF, no telefone (61) 2028-4630 / 2028-4547 / 2028-4887, e/ou por e-mail, nos endereços eletrônicos [atendimento@casecsaude.com.br](mailto:atendimento@casecsaude.com.br) / [casec@codevasf.gov.br](mailto:casec@codevasf.gov.br)

Por fim, o titular dos dados pessoais, sensíveis ou não, está ciente que a CASEC poderá armazenar os dados em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem.

## ORIENTAÇÕES AOS USUÁRIOS SOBRE A REDE INDIRECTA

A disponibilização de rede indireta, por intermédio de convênios de reciprocidade, é um serviço adicional oferecido pela Casec aos seus usuários.

A utilização dessas redes credenciadas (Camed e Unimed-Fortaleza) implica num percentual de coparticipação e valor de franquia diferenciados em relação aos da rede credenciada da Casec, considerando a cobrança de custos administrativos e tabela de serviços própria.

Fica ciente, V.Sa. que é vedado o acesso e utilização das redes credenciadas da Camed e da Unimed-Fortaleza no Distrito Federal (município sede da operadora), nos termos do art. 21, § 1º da Resolução Normativa ANS 137/2006.

A disponibilização das Redes Camed e Unimed-Fortaleza não interferem no valor da mensalidade dos planos oferecidos pela Casec.

É importante ressaltar que cada Cooperativa Unimed-Fortaleza e representante Camed, possuem suas próprias normas de atendimento, as quais deverão ser acatadas pelos diversos usuários.

### REDE UNIMED

ATENDIMENTO AO CLIENTE 0800 275 1818

Basta ligar para 0800 275 1818 para dúvidas e orientações.

### CAMED SAÚDE

ATENDIMENTO AO CLIENTE (85) 4008 7843 ou 0800 704 7886

Basta ligar para 0800 704 7886 para dúvidas e orientações.

## CASEC

Caixa de Assistência à Saúde  
dos Empregados da CODEVASF  
CNPJ nº 03.702.977/0001-49

## Endereço

SGAN Qd 601, Conj. I.  
Ed. Dep. Manoel Novaes. Sala 214. CEP  
70.830-019. Brasília - DF.

## Central de Atendimento

61 2028-4630 / 2028-4547 / 2028-4887  
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)  
0800 000 1882 (Ouvidoria)

## E-mail

[atendimento@casecsaude.com.br](mailto:atendimento@casecsaude.com.br)  
[casec@codevasf.gov.br](mailto:casec@codevasf.gov.br)  
[ouvidoria@casecsaude.com.br](mailto:ouvidoria@casecsaude.com.br)  
[www.casecsaude.com.br](http://www.casecsaude.com.br)

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO

1. TITULAR: documento de identidade e documento que comprove sua vinculação à Codevasf.
2. CÔNJUGE: certidão de casamento.
3. COMPANHEIRO(A): carteira de identidade, comprovação por via judicial, certidão de casamento religioso ou documento que comprove a união estável mediante registro em cartório.
4. FILHO: Certidão de nascimento e documento de identidade.
5. Filhos maiores de 21 anos e menores de 24 anos deverão apresentar no ato da adesão e semestralmente, declaração de escolaridade que comprove estar regularmente cursando o 3º grau ou equivalente, sob pena de inclusão/migração para os planos estendidos.
6. ENTEADO: certidão de nascimento, certidão de casamento do titular com o(a) genitor(a) do dependente, comprovante de residência do dependente e declaração do imposto de renda do titular.
7. MENOR SOB GUARDA: certidão de nascimento e comprovação por via judicial.

OBSERVAÇÃO: Todos os beneficiários deverão apresentar o CPF juntamente com os demais documentos solicitados acima.

**Aos usuários caberá a obrigação de comunicar à CASEC, de imediato, qualquer alteração que venha a implicar a atualização de seus dados cadastrais, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de participante dos planos de saúde da Cassec, assumindo inteira responsabilidade por sua omissão.**

Local: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura da CASEC: \_\_\_\_\_

### CASEC

Caixa de Assistência à Saúde  
dos Empregados da CODEVASF  
CNPJ nº 03.702.977/0001-49

### Endereço

SGAN Qd 601, Conj. I.  
Ed. Dep. Manoel Novaes. Sala 214. CEP  
70.830-019. Brasília - DF.

### Central de Atendimento

61 2028-4630 / 2028-4547 / 2028-4887  
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)  
0800 000 1882 (Ouvidoria)

### E-mail

atendimento@casecsaude.com.br  
casec@codevasf.gov.br  
ouvidoria@casecsaude.com.br  
[www.casecsaude.com.br](http://www.casecsaude.com.br)