

PERMANÊNCIA NO PLANO

Autorização para cobrança/compromisso de pagamento (Empregados desvinculados)

DADOS DO(A) TITULAR

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

MOTIVO DA SAÍDA

<input type="checkbox"/> Contrato suspenso	<input type="checkbox"/> Cedido sem ônus	<input type="checkbox"/> Pensionista
<input type="checkbox"/> Demissão sem justa causa	<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> Mandato eletivo	

PLANO PRETENDIDO

<input type="checkbox"/> PM-E – Plano Médico Estendido	<input type="checkbox"/> PMO-E Plano Médico Odontológico Estendido
--	--

FORMA DE PAGAMENTO

Autorizo a Casec a efetuar a cobrança de despesas, referentes à mensalidade e coparticipação minha e de meus dependentes, relativas ao Programa Codevasf-Saúde, da seguinte forma:

<input type="checkbox"/> Folha de pagamento da Fundação São Francisco de Seguridade Social <small>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, na FSFS (conforme opção). Não havendo margem consignável disponível, serão cobrados mediante a emissão de boletos bancários a serem enviadas por correio eletrônico ou por via postal.</small>	<input type="checkbox"/> Boleto bancário
--	--

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

- 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.
- Que tenho ciência de que posso ter acesso à cópia integral do regulamento do plano por intermédio do sítio eletrônico da CASEC: www.casecsaude.com.br.
- 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.

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)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
casec@codevasf.gov.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br

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.

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.

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

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 / 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.

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)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
casec@codevasf.gov.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br

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.

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 Casec, 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)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
casec@codevasf.gov.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br