

Classificação da Informação: () Público | () Interno | (x) Sigiloso reservado | () Sigiloso

PERMANÊNCIA NO PLANO

Autorização para cobrança/compromisso de pagamento (Empregados desvinculados)

DADOS DO(A) TITULAR

Nome do(a) titular (sem abreviaturas):			
Matrícula:	Última Lotação:	Cartão Nacional de Saúde:	
RG:	Órgão Emissor:	CPF:	
Data Nascimento: ____/____/____	Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil:	
Banco:	Agência:	Conta corrente:	
Endereço:		Complemento:	
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:		Fone Trabalho (DDD):	
Fone Res. (DDD):		Celular (DDD):	
Nome da mãe:		Nome do pai:	

MOTIVO DA SAÍDA

☐ Contrato suspenso	☐ Cedido sem ônus	☐ Pensionista
☐ Demissão sem justa causa	☐ Aposentadoria	☐ Outros _____
☐ Acidente de trabalho	☐ Mandato eletivo	

PLANO PRETENDIDO

☐ PM-E – Plano Médico Estendido	☐ PMO-E Plano Médico Odontológico Estendido
--	--

FORMA DE PAGAMENTO

Autorizo a Casec a efetuar a cobrança de despesas referentes às mensalidades, coparticipações, franquias e outras obrigações financeiras decorrentes da oferta de serviços de assistência à saúde (titular e dependentes), na forma prevista no regulamento do plano de saúde.

☐ Folha de pagamento da Fundação São Francisco de Seguridade Social <u>Autorizo</u> 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 FSFSS (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.	☐ Boleto bancário
--	---

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 2028-4422 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br

Classificação da Informação: () Público | () Interno | (x) Sigiloso reservado | () Sigiloso

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: www.casecsaude.com.br.
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 multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.
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. Que o atraso de duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, 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.
9. Que em caso de eventual rescisão do contrato de trabalho perante a Codevasf, autorizo o desconto integral de quaisquer débitos existentes junto a Casec.
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 beneficiário(a), titular dos dados, 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, cuja finalidade é oferecer assistência à saúde na forma da legislação em vigor.

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 2028-4422 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br

Classificação da Informação: () Público | () Interno | (x) Sigiloso reservado | () Sigiloso

Os dados pessoais 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) encontram-se no nosso Aviso de Privacidade no site www.casecsaude.com.br

titular dos dados declara, ainda, ter ciência das responsabilidades dos agentes de tratamento (controlador ou operador) na hipótese de infração à Lei Geral de Proteção de Dados.

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 sede da Casec localizada no SGAN 601, Conj. I. Ed. Dep. Manoel Novaes, CEP: 70.830-019 - Brasília/DF, no telefone (61) 2028-4422 e 2028-4887 e/ou por e-mail, no endereço eletrônico: atendimento@casecsaude.com.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 INDIRETA

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

A utilização das redes credenciadas de outras operadoras implica em percentuais de coparticipação e valores de franquia diferenciados em relação aos da rede credenciada contratada diretamente pela Casec, considerando a cobrança de custos administrativos e tabela de remuneração de serviços de cada operadora.

É vedado o acesso e utilização das redes credenciadas indiretas no Distrito Federal (sede da operadora), nos termos do art. 21, § 1º da Resolução Normativa ANS 137/2006. A utilização indevida da rede indireta no Distrito Federal ensejará na responsabilização pelo pagamento integral dos atendimentos realizados, bem como por quaisquer sanções decorrentes de aplicação de penalidade porventura aplicadas pela Agência Reguladora, em prejuízo 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 2028-4422 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br

Classificação da Informação: () Público | () Interno | (x) Sigiloso reservado | () Sigiloso

A disponibilização das redes indiretas não interfere nos valores das mensalidades dos planos oferecidos pela Casec.

Cada conveniada ou operadora contratada possui suas próprias normas de atendimento, a serem observadas pelos beneficiários.

É obrigação do titular de comunicar à Casec, de imediato, qualquer alteração que venha a implicar na atualização de seus dados cadastrais, bem como dos dependentes, que determinem a perda da condição de participante dos planos coletivos de saúde da Casec, assumindo inteira responsabilidade por sua omissão.

Local: _____ - _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Carimbo e Assinatura da Casec ou Representante do Programa Codevasf Saúde: _____

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 2028-4422 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br