

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

PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE

Autorização para cobrança/compromisso de pagamento (PDI – Programa de Desligamento Incentivado)

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 pessoal:			
Fone Res.: ()	Celular: ()	Fone adicional: ()	

MOTIVO DA SAÍDA

☐ RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO COM A CODEVASF – PDI (Programa de Desligamento Incentivado)

OPÇÃO DE PERMANÊNCIA

☐ PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE DURANTE E APÓS OS 24 (VINTE E QUATRO) MESES – PDI-2025

Declaro, para os devidos fins, meu interesse em permanecer no plano de saúde da Casec pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do meu desligamento da Codevasf previsto para ____/____/____, em decorrência do Programa de Desligamento Incentivado – PDI 2025.

Estou ciente de que a responsabilidade pelo pagamento das obrigações financeiras (titular e dependentes) será realizada por meio de **boleto bancário** ou diretamente na **folha de pagamento da Fundação São Francisco de Seguridade Social – FSFSS**, conforme definição neste formulário.

Após o término do período de 24 (vinte e quatro) meses, tenho ciência e aceito, sem restrições, que haverá migração automática (titular e dependentes) para o plano estendido definido neste formulário, sem qualquer participação financeira da Codevasf no custeio desses produtos.

Tenho ciência e aceito que, em caso de inadimplência no pagamento das obrigações financeiras de minha responsabilidade, a migração para plano estendido não poderá ser efetuada, inclusive com risco de exclusão.

☐ NÃO PERMANÊNCIA NO PLANO APÓS OS 24 (VINTE E QUATRO) MESES – PDI

Declaro **NÃO** ter interesse em permanecer no plano de saúde da Casec **após o período de 24 (vinte e quatro) meses** do meu desligamento da Codevasf por intermédio do PDI-2025 previsto para ____/____/____. Estou ciente que, após a exclusão, não mais haverá possibilidade de reinscrição no plano de saúde em decorrência da perda do vínculo com a patrocinadora (Codevasf). Eventuais débitos residuais decorrentes de utilizações realizadas, dentre outras obrigações financeiras, continuarão sendo de minha total responsabilidade mediante cobrança realizada pela Casec. Mantendo-se a situação de inadimplência, restará a Casec providenciar cobrança administrativa e/ou judicial.

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

☐ **NÃO PERMANÊNCIA NO PLANO – PDI**

Declaro **NÃO** ter interesse em permanecer no plano de saúde da Casec após o meu desligamento da Codevasf por intermédio do PDI-2025, previsto para ____/____/_____, mesmo com o incentivo social ofertado pelo programa.

Estou ciente de que, após minha exclusão, não mais haverá possibilidade de reinscrição no plano de saúde, pela perda do vínculo com a patrocinadora (Codevasf) e, eventuais débitos residuais decorrentes de utilizações realizadas, dentre outras obrigações financeiras, continuarão sendo de minha total responsabilidade mediante cobrança realizada pela Casec. Mantendo-se a situação de inadimplência, restará a Casec providenciar cobrança administrativa e/ou judicial.

AUTORIZAÇÃO PARA FORMA DE PAGAMENTO

AUTORIZO A CASEC A EFETUAR A COBRANÇA DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS PERANTE O PLANO DE SAÚDE DA SEGUINTE FORMA:

☐ **Folha de pagamento da Fundação São Francisco de Seguridade Social**

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. Não havendo margem consignável disponível, as cobranças serão realizadas mediante a emissão de boletos bancários a serem enviadas por correio eletrônico ou por via postal.

☐ **Boleto bancário****PLANO PRETENDIDO APÓS O TÉRMINO DOS 24 (VINTE E QUATRO) MESES**☐ **PM-E – Plano Médico Estendido**☐ **PMO-E – Plano Médico Odontológico Estendido****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 site 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 etc.) decorrentes da oferta dos serviços de assistência à saúde serão efetuados diretamente pela CASEC, conforme opção.

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 obrigações financeiras 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 de saúde, resultará em minha exclusão e de meus dependentes, conforme regulamentação em vigor, mediante prévia e formal comunicação feita pela CASEC, podendo resultar em cobrança pelas vias judiciais.

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.

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

8. Que me responsabilizo integralmente por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente por mim e meus dependentes.
9. Que as informações por mim prestadas neste Termo são verdadeiras assumindo integral responsabilidade perante a CASEC e a terceiros.
10. Em caso de migração para plano estendido, estou ciente de que as carteiras de saúde (titular e dependentes) sofrerão alteração em suas numerações e estarão disponibilizadas para acesso mediante aplicativo da Casec, no formato virtual.
11. A Casec poderá realizar o desconto de débitos pendentes diretamente na rescisão contratual, independentemente da escolha de permanência ou desligamento no plano de saúde. Caso haja dívida remanescente, essa será cobrada pela Casec. Permanecendo a situação de inadimplência, a Casec será obrigada a tomar as medidas necessárias para a regularização financeira.
12. A negociação de dívidas, antes da rescisão contratual com a CODEVASF, não poderá ultrapassar o período de 24 (vinte e quatro) meses após a rescisão do contrato de trabalho em alusão ao benefício do PDI concedido pela patrocinadora para o período de permanência nos planos ativos.

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 à legislação, às 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.

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 Aviso de Privacidade no site www.casecsaude.com.br.

O 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, 2028-4887 e/ou por e-mail nos endereços eletrônicos: atendimento@casecsaude.com.br

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

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

A 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.

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.

DECLARO ESTAR CIENTE DE TODAS AS REGRAS E CONDIÇÕES SOBRE A POSSIBILIDADE DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE APÓS O MINHA RESCISÃO CONTRATUAL DE TRABALHO EM DECORRÊNCIA DO PROGRAMA DE DEMISSÃO INCENTIVADA DA CODEVASF.

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 2028-4422 / 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