

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

# PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

## TIPO DE USUÁRIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Empregado(a) ativo(a)<br><input type="checkbox"/> Empregado(a) requisitado(a) ou cedido(a) com proventos junto à Codevasf<br><input type="checkbox"/> Ocupante de cargo com função gratificada<br><input type="checkbox"/> Empregado da Casec |  |                     |  | <input type="checkbox"/> Pensionista<br><input type="checkbox"/> Empregado(a) de empresa conveniada<br><input type="checkbox"/> Titular substituto(a), em decorrência de falecimento do(a) titular*<br><small>* Em caso de assunção de titularidade, o(a) titular substituto(a) assumirá todas as despesas existentes, vencidas e a vencer, da titularidade original.</small> |  |                 |  |
| Data de admissão na Codevasf:                                                                                                                                                                                                                                          |  | Banco:              |  | Ag:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Conta Corrente: |  |
| Adesão a partir de:                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Matrícula Codevasf: |  | Lotação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Salário base:   |  |
| <input type="checkbox"/> PM - Plano Médico<br><input type="checkbox"/> PMO - Plano Médico Odontológico                                                                                                                                                                 |  |                     |  | <input type="checkbox"/> PME – Plano Médico Estendido<br><input type="checkbox"/> PMOE – Plano Médico Odontológico Estendido                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                 |  |

## DADOS DO(A) TITULAR

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

### 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)

### E-mail

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

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

|                                                             |             |                |                           |
|-------------------------------------------------------------|-------------|----------------|---------------------------|
| 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:   |                           |

**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](http://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.

**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)

**E-mail**

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

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

**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. Estou ciente que as cobranças serão encaminhadas para desconto em folha, ficando a efetivação do pagamento a cargo do SIAPE/SERPRO e, portanto, poderá não ocorrer a averbação dos pagamentos das rubricas de mensalidade e/ou coparticipação, por falta de margem consignável disponível ou autorização para desconto em folha. Neste caso, o sistema emitirá, automaticamente, boleto bancário com envio para o meu e-mail cadastrado e atualizado em sistema, sendo de minha inteira responsabilidade, a verificação dos descontos no contracheque e demais meios de pagamento.

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

O(a) 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.

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](http://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, no endereço eletrônico: [atendimento@casecsaude.com.br](mailto:atendimento@casecsaude.com.br)

Por fim, o(a) titular dos dados pessoais, sensíveis ou não, está ciente de 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 2028-4422 / 2028-4887  
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)  
0800 000 1882 (Ouvidoria)

**E-mail**

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

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

### 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 dessas 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.

### PERÍODOS DE CARÊNCIA

A prestação de assistência à saúde somente será disponibilizada aos usuários após o cumprimento dos prazos de carência estabelecidos em Regulamento, observadas as exceções previstas.

Os prazos de carência serão contados a partir da data de adesão do usuário (titular ou dependente) ao Plano.

Aplicam-se os seguintes períodos de carência:

#### **Cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia**

- a) atendimentos de emergência/urgência – 24 (vinte e quatro) horas;
- b) consultas eletivas e exames básicos de diagnóstico – 30 (trinta) dias;
- c) parto – 300 (trezentos) dias;
- d) cirurgias – 180 (cento e oitenta) dias;
- e) internações de qualquer natureza – 180 (cento e oitenta) dias;
- f) consultas/sessões de psicologia, nutrição, psicoterapia, terapêutica ocupacional, acupuntura, fonoaudiologia e RPG – 180 (cento e oitenta) dias; e
- g) demais procedimentos – 180 (cento e oitenta) dias.

#### **Cobertura odontológica**

- a) Urgência/emergência – 24 (vinte e quatro) horas; e
- b) Demais procedimentos odontológicos - 180 (cento e oitenta) dias.

Os períodos de carência também serão aplicados aos convênios de reciprocidade (rede indireta). O uso indevido acarretará cobrança integral dos serviços realizados.

#### **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)

#### **E-mail**

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

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

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO**

1. TITULAR: documento de identidade e contrato de vinculação junto a Codevasf.
2. CÔNJUGE: documento de identidade e 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.

**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)

**E-mail**

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