

Tipo de usuário - a documentação necessária para adesão encontra-se no verso deste formulário

- Empregado ativo
- Empregado requisitado ou cedido com proventos junto à CODEVASF
- Ocupante de cargo de direção e de função gratificada
- Aposentado
- Dependente indireto de empregado participante do CODEVASF-SAÚDE

- Empregado requisitado ou cedido que não percebe proventos da CODEVASF
- Empregado licenciado e afastado sem remuneração
- Ex-empregado
- Pensionista
- Empregado de Empresa Conveniada

Adesão a partir do mês de: (Preenchimento CASEC)	Banco: _____ Ag: _____ - ____ Conta Corrente: _____ - ____		
Admissão na CODEVASF:	Nº Cadastro:	Lotação:	Faixa Salarial:
PM - Plano Médico • PM-E - Plano Médico Estendido • PMO - Plano Médico Odontológico • PMO-E - Plano Médico Odontológico Estendido •			

Dados do proponente

Titular (sem abreviaturas):			
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Nº PIS/PASEP:
Data Nascimento: __/__/__	Plano: CASEC • UNIMED • CAMED •	Sexo: M • F •	Estado Civil:
Endereço:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP (Indispensável):	
E-mail:	Fone Trabalho (DDD):	FAX (DDD):	
Fone Residencial (DDD)	Celular (DDD):		
Nome da mãe:	Nome do pai:		

Dados dependentes
Dependente 1

Nome (sem abreviaturas):			
Plano: CASEC • UNIMED • CAMED •	Nome:		
Data Nascimento: __/__/__	Sexo: M • F •	RG:	Órgão Emissor:
CPF:	Parentesco:	Estado civil:	
Nome da mãe:	Nome do pai:		

Dependente 2

Nome (sem abreviaturas):			
Plano: CASEC • UNIMED • CAMED •	Nome:		
Data Nascimento: __/__/__	Sexo: M • F •	RG:	Órgão Emissor:
CPF:	Parentesco:	Estado civil:	
Nome da mãe:	Nome do pai:		

Dependente 3

Nome (sem abreviaturas):			
Plano: CASEC • UNIMED • CAMED •	Nome:		
Data Nascimento: __/__/__	Sexo: M • F •	RG:	Órgão Emissor:
CPF:	Parentesco:	Estado civil:	
Nome da mãe:	Nome do pai:		

Autorizo a CASEC a consignar diretamente em minha folha de pagamento, as importâncias correspondentes às contribuições mensais e coparticipação de despesas, na forma como autoriza esse formulário devidamente preenchido e assinado. Não havendo margem consignável disponível, autorizo ainda debitar os valores devidos em minha conta corrente.

Declaro estar ciente de que os valores não averbados em folha de pagamento ou em conta corrente bancária, serão cobrados mediante emissão de boleto bancário, a ser enviado ou via e-mail ou correios.

Observações:

Local: _____ - ____ Data: ____/____/____ Assinatura Titular: _____

Carimbo e Assinatura da Empresa _____

Leia com atenção

- 1) Declaro que, ao preencher e assinar a presente Proposta de adesão à CASEC, recebi uma via do Regulamento de Benefícios e do Contrato de Assistência à Saúde, cujas cláusulas, condições, termos e expressões foram por mim e meus familiares integralmente lidas, compreendidas e aceitas, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, bem como aceito sem reservas, ciente de que o mesmo poderá ser alterado a qualquer tempo a critério da CASEC, sempre de acordo com a legislação pertinente. Declaro para todos os fins e direitos que:
- a) Recebi um exemplar do Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS, antes da minha opção em ingressar no Codevasf Saúde;
 - b) As informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou das responsabilidades civis e criminais assumidas, inclusive quanto a possíveis sanções que a CASEC possa vir a suportar, decorrentes da ação fiscalizatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outro órgão que vier a substituí-la;
 - c) Estou ciente da área de abrangência geográfica de cobertura da CASEC, que é nacional;
 - d) Estou ciente de que na mensalidade constante no Regulamento não está incluído valor para seguro e, caso a CASEC venha a fazê-lo, o valor correspondente será discriminado no meu boleto de pagamento, sendo obrigatório seu pagamento.
 - e) Estou ciente da existência de condições especiais (percentual de participação e valor da franquia diferentes do CODEVASF-SAÚDE), caso faça a opção pela utilização da Rede UNIMED e/ou CAMED.
 - f) Estou ciente e de acordo quanto às coberturas assistenciais oferecidas e excluídas (eventos não cobertos), reajustes de mensalidades, e quanto aos atendimentos de urgência e emergência, com os quais concordo, sem exceção;
 - g) As coberturas assistenciais oferecidas pela CASEC serão asseguradas somente após o pagamento da primeira mensalidade e a devida confirmação do crédito, onde serão encaminhadas as carteiras do PLANO, observados os prazos de carência e os limites das obrigações contratuais,
 - h) Autorizo a CASEC a debitar em minha conta corrente ou a consignar diretamente em folha de pagamento, a importância correspondente à mensalidade e a co-participação nas despesas quando da utilização dos serviços.
 - i) Estou ciente que caso faça opção pela Rede UNIMED e/ou CAMED Saúde será efetuada a cobrança da taxa de adesão de cada inscrito, necessária à emissão da(s) carteira(s), e
 - j) Estou ciente e de acordo com as carências a serem aplicadas, que são:
 - 24 horas – acidentes pessoais e urgências odontológicas, assim definidas no Rol de Procedimentos Odontológicos como Urgência/Emergência; 30 dias – consultas médicas e exames simples de laboratório e Raios-X;
 - 180 dias – Demais procedimentos;
 - 180 dias – serviços odontológicos de Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal, Radiologia, Dentística, Periodontia, Endodontia, Exodontia simples, Exodontia a Retalho, Exodontia de Raiz Residual, Exodontia Múltipla e Remoção de Dentes Retidos, em consultório.
 - 180 dias – internações hospitalares (incluindo serviços de diagnose e terapia), remoções e todos os procedimentos cirúrgicos, exceto para partos e os demais procedimentos odontológicos do Rol de Procedimentos; e
 - 300 dias – internações hospitalares para partos.
- 2) Estou ciente que receberei exemplar do Guia de Leitura Contratual - GLC juntamente com os cartões de identificação do Codevasf Saúde

Orientações aos usuários da CODEVASF-SAÚDE sobre a rede UNIMED E CAMED SAÚDE

Esses contratos é um serviço adicional, optativo, oferecido pela CASEC aos usuários do CODEVASF-SAÚDE.

A utilização da Rede UNIMED/CAMED implica num percentual de co-participação e valor de franquia diferenciados em relação aos da rede credenciada pelo CODEVASF-SAÚDE, considerando a cobrança de custos administrativos e tabela de serviços própria.

A opção pela utilização da Rede UNIMED ou CAMED Saúde não interfere no valor da mensalidade do CODEVASF-SAÚDE.

O titular e seus dependentes só serão incluídos na Rede UNIMED e/ou CAMED se assim o desejarem. Para que seja feita a opção, o titular deverá solicitar no momento da adesão, preenchendo o presente formulário, indicando os dependentes a serem inscritos, a fim de que seja(m) inscrito(s) no Sistema Nacional UNIMED e/ou CAMED Saúde, como participante(s) e será confeccionada(s) a(s) carteira(s) de usuário(s).

As instruções a seguir informam, de maneira simples e objetiva, como, quando e quanto custa utilizar os serviços UNIMED/CAMED. Entretanto é importante ressaltar que cada Cooperativa UNIMED e representante CAMED, possui suas próprias normas de atendimento, as quais deverão ser acatadas pelos diversos usuários.

REDE UNIMED

Os custos adicionais para participação da Rede UNIMED são atualmente:

Cobrança da taxa por emissão de cartão de identificação, seja na inscrição, renovação ou emissão de segunda via.

ATENDIMENTO AO CLIENTE 0800 275 1818

Basta ligar para 0800 275 1818 e uma funcionária da UNIMED estará à disposição para esclarecer suas dúvidas e orientá-lo no que for necessário.

CAMED SAÚDE

Os custos adicionais para participação da Rede CAMED SAÚDE são atualmente:

Cobrança da taxa por emissão de cartão de identificação seja na inscrição, renovação ou emissão de segunda via.

ATENDIMENTO AO CLIENTE 85 40087843 OU 0800 7047886

Basta ligar para 0800 7047886 e uma funcionária da CAMED estará à disposição para esclarecer suas dúvidas e orientá-lo no que for necessário.

Documentos Necessários

- 1 - TITULAR: Documento de identidade e outro documento que comprove sua vinculação à CODEVASF.
- 2 - CÔNJUGE: certidão de casamento.
- 3 - COMPANHEIRO(A): carteira de identidade, comprovação por via judicial, ou certidão de casamento religioso, ou certidão de filho em comum, ou qualquer outro documento que comprove a união estável
- 4 - FILHO: Certidão de nascimento ou documento de identidade.
- 5 - 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.
- 6 - MENOR SOB GUARDA: certidão de nascimento e comprovação por via judicial.

OBSERVAÇÃO: Para os beneficiários maiores de 18 anos, apresentar o CPF, juntamente com os demais documentos solicitados acima.