

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO - CAESAN**

Av.C com Rua 32 nº 576 Qd. A 26 Lt. 11 – Jd. Goiás - CEP 74.805-070 - Goiânia - GO - Fone: 3267 7300

CNPJ: 37.382.009/0001-14

E-mail: cadastro@caesan.com.br

ANS - nº 363855**PLANO ODONTO CAESAN ATIVOS – REGISTRO Nº ANS 500.451/24-9
REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO**

- () INCLUSÃO TITULAR
() INCLUSÃO TITULAR E DEPENDENTE(S)
() INCLUSÃO DEPENDENTE(S)

TITULAR

Nome			
Data Nascimento ____/____/____	Local	Matrícula	
Estado Civil	CPF	Identidade (RG)	
Cargo	Admissão ____/____/____		
Número PIS/PASEP	Lotação		
Cartão SUS	Sexo		
Nome do Pai			
Nome da Mãe			
Endereço Residencial		Complemento	
Bairro	Cidade	CEP	
Email	Tel. Celular	Tel. Comercial	

Dependente 1	Nome		
CPF	Cartão SUS	Data Nascimento ____/____/____	
Estado Civil	Parentesco	Sexo	
Nome da Mãe			

Dependente 2	Nome		
CPF	Cartão SUS	Data Nascimento ____/____/____	
Estado Civil	Parentesco	Sexo	
Nome da Mãe			

Dependente 3	Nome		
CPF	Cartão SUS	Data Nascimento ____/____/____	
Estado Civil	Parentesco	Sexo	
Nome da Mãe			

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO - CAESAN**

Av.C com Rua 32 nº 576 Qd. A 26 Lt. 11 – Jd. Goiás - CEP 74.805-070 - Goiânia - GO - Fone: 3267 7300

CNPJ: 37.382.009/0001-14

E-mail: cadastro@caesan.com.br

ANS - nº 363855

Dependente 4	Nome	
CPF	Cartão SUS	Data Nascimento ____/____/____
Estado Civil	Parentesco	Sexo
Nome da Mãe		

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE

1. Que estou ciente e **AUTORIZO** a CAESAN a debitar em minha folha de pagamento o valor das mensalidades (titular + dependentes) contribuições adicionais, parcelamentos e outras obrigações financeiras. Na hipótese de ausência de margem consignável (empregado ativo), AUTORIZO a CAESAN a emitir boleto de cobrança bancária.
2. Ter sido informado sobre a correta utilização dos cartões personalizados de identificação do Plano para fins de acesso à rede credenciada de prestadores de Serviços Odontológicos.
3. Que me foram devidamente esclarecidas as coberturas e as exclusões (eventos não cobertos), os mecanismos de regulação, as contribuições, os reajustes e as formas de pagamento.
4. Que estou ciente de que a cobertura assistencial oferecida pela ODONTO CAESAN encontra-se em conformidade com os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado e atualizado periodicamente pela AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.
5. O plano ODONTO CAESAN possui cobertura somente no **Estado de GOIÁS**, sendo apenas para procedimentos realizados por profissionais e estabelecimentos credenciados dentro desse território. O beneficiário reconhece e concorda que não haverá cobertura ou reembolso para atendimentos fora dessa área de abrangência.
6. Que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente da responsabilidade civil e criminal assumidas, inclusive quanto a possíveis sanções que a CAESAN possa vir a suportar decorrente da ação fiscalizadora da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.
7. **VIGÊNCIA CONTRATUAL:** Inicia-se até 20 dias após a entrega da Ficha de Inscrição assinada com a documentação, renovação automática e duração por tempo indeterminado.

E estou ciente e de acordo em disponibilizar meus dados pessoais para que a Caesan utilize, com finalidade exclusiva, no que referir-se ao plano Odonto.

Goiânia, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Titular

Os dados acima correspondem à documentação apresentada:	Aprovado: Em ____/____/____	Autorização para emissão de credencial: Em ____/____/____
Ludmila Félix Sousa Supervisão de Cadastro	Lyercia Lara Francisca de Araújo Dir. Administrativa Financeira	José Rogério da Silva Diretor Presidente