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 INATIVOS – REGISTRO Nº ANS 500.560/24-1

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 (PREVSAN) ou boleto bancário o valor das mensalidades (titular + dependentes) contribuições adicionais, parcelamentos e outras obrigações financeiras.
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 Caesan.

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