



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. Na hipótese de inexistência de clínica ou profissional odontológico credenciado na localidade do domicílio do beneficiário, a CAESAN se compromete a indicar prestador(a) de serviço em município mais próximo, observada o mapa de saúde definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme critérios geográficos e assistenciais aplicáveis.
7. Estou ciente que, preferencialmente, utilizarei o prestador(a) de serviço indicado pela CAESAN, a fim de garantir a cobertura integral das despesas e a aplicação dos valores contratuais previstos na tabela de remuneração vigente.
8. Caso não aceite o atendimento pelo prestador indicado e opte por contratar serviços odontológicos em caráter particular, aceito, sem restrições, que o reembolso das despesas realizadas será efetuado de acordo com a tabela de remuneração ajustada pela CAESAN com sua rede credenciada, vigente à data do atendimento, limitado ao valor máximo previsto de cada procedimento correspondente.
9. 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.
10. **VIGÊNCIA CONTRATUAL:** Inicia-se até 24hs após a entrega da Ficha de Inscrição assinada com a documentação, renovação automática e duração por tempo indeterminado.

