



## Cadastro de Adesão e Termo de Convênio Ascorsan

Cláusula III.24. Acordo Coletivo 2013/2014 - Incentivo para o Plano Odontológico

Sócio Ascorsan: [ ] Sim [ ] Não

Tipo Funcionário: [ ] Ativo [ ] Aposentado

Matrícula:				Participante da Fundação: [ ] Sim - [ ] Não
Nome:				
Nome e N° US:				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço US:				CEP:
Endereço Res:				CEP:
Cidade:				RG:
CPF:				Órg. Emissor:
Telefone::				Celular:
E-mail:				Data Nasc: / /
Estado Civil:				Adm Corsan: / /
Banco:	Nº	Nome:	Agência:	Conta:
Filiação:	Pai:			
	Mãe:			

Pelo presente, autorizo a CORSAN a realizar o repasse à ASCORSAN, da quantia por mim recebida em folha de pagamento a título do benefício de Plano Odontológico.

### COBERTURAS - PLANO DELTA NACIONAL

- Urgências e Emergências;
- Consultas;
- Odontopediatria;
- Radiologia (inclusive Panorâmica);
- Prevenção (limpeza, aplicação de flúor);
- Cirurgia (extração de dentes);
- Dentística (restaurações);
- Endodontia (tratamento de canal);
- Periodontia (tratamento da gengiva);
- Prótese (cobertura para todos os procedimentos de prótese, exceto próteses sobre implantes);
- Instalação de aparelho ortodôntico;
- Documentação Ortodôntica;
- Ortodontia (taxa de manutenção mensal).

Salientamos que o período de permanência mínimo no plano é de 12 meses, a contar da data de cadastro no sistema da Caixa Seguradora Odonto, sendo extensiva aos dependentes e agregados.

**OBS:** Obrigatório o envio da cópia do RG/CPF ou CNH e comprovante de residência, juntamente com a ficha de cadastro devidamente preenchida.

Cidade

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Data

Assinatura



## Cadastro de Adesão e Termo de Convênio Ascorsan

Cláusula III.24. Acordo Coletivo 2013/2014 - Incentivo para o Plano Odontológico

Sócio Ascorsan: [ ] Sim [ ] Não

Tipo Funcionário: [ ] Ativo [ ] Aposentado

Matrícula:		Participante da Fundação: [ ] Sim - [ ] Não
Nome:		
Nome e N°US:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

### DEPENDENTES

Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	
Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	
Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	

### AGREGADOS

Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	
Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	

#### \*Códigos Grau de Parentesco de Dependentes (01 à 11) e Agregados (de 12 à 19):

01 – Conjuge	06 – Enteadado(a) menor, até 21 anos	11 – Tutelado(a) inválido	16 – Sobrinhos
02 – Companheiro(a)	07 – Enteadado(a) universitário(a) até 24 anos	12 – Pais	17 – Netos/Bisnetos
03 – Filho(a) menor, até 21 anos	08 – Enteadado(a) inválido(a)	13 – Padrastrô/Madrasta	18 – Avôs/Bisavôs
04 – Filho(a) universitário(a) até 24 anos	09 – Tutelado(a) menor, até 21 anos	14 – Irmãos	19 – Outros
05 – Filho(a) inválido(a)	10 – Tutelado(a) universitário(a) até 24 anos	15 – Tios	

#### AUTORIZAÇÃO PARA INSCRIÇÃO COMO ASSOCIADO DA CORSAN

Considerando que a inclusão de dependentes e agregados ao Plano Odontológico pressupõe a inscrição como associado da ASCORSAN, caso ainda não seja, autorizo a minha inscrição com o desconto em folha da mensalidade a partir do próximo salário.

#### AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Pelo presente, autorizo Corsan a descontar do meu salário, em minha folha de pagamento, a importância relativa à ASCORSAN (mensalidade e débitos), bem como a importância mensal relativa à inclusão dos meus dependentes e agregados ao Plano Odontológico, conforme Acordo Coletivo 2013/2014, Capítulo II – Dos Descontos Salariais, Cláusula II.11, II.1.2 e, em especial, II.1.3.

Salientamos que o período de permanência mínimo no plano é de 12 meses, a contar da data de cadastro no sistema da Caixa Seguradora Odonto, sendo extensiva aos dependentes e agregados.

**OBS: Obrigatório o envio da cópia do RG/CPF ou CNH e comprovante de residência, juntamente com a ficha de cadastro devidamente preenchida.**

Cidade \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



## Plano Odontológico

Completo e **GRATUITO** para funcionários da CORSAN



A **ASCORSAN** firmou uma parceria com a assessoria da **BENEFÍCIOS SUL** e a **CAIXA SEGURADORA** para oferecer o melhor serviço odontológico **gratuito** para os funcionários da CORSAN,

O seguro poderá ser contratado por funcionários ativos ou aposentados vinculados à Fundação CORSAN - FUNCORSAN.

Os **dependentes e agregados** dos funcionários também poderão aderir ao plano, pelo mesmo valor de **R\$ 35,83** (por pessoa), contando com a comodidade do desconto direto no contra cheque do funcionário.

Para adesão dos dependentes e agregados, preencha a ficha no verso e envie junto com a ficha do funcionário.

**Carência de 90(noventa)** dias para todo e qualquer atendimento, exceto urgências e emergências.

Faça já sua adesão, preencha as fichas cadastrais (funcionários, dependentes e agregados). Deposite nos correios ou envie através das unidades da CORSAN, via malote.

### Conheça as coberturas de seu seguro odontológico:

- Urgências e Emergências;
- Consultas;
- Odontopediatria;
- Radiologia (inclusive panorâmica);
- Prevenção (limpeza, aplicação de flúor);
- Cirurgia (extração de dentes);
- Dentística (restaurações);
- Endodontia (tratamento de canal);
- Periodontia (tratamento da gengiva);
- Documentação ortodôntica;
- Prótese (cobertura para todos os procedimentos de prótese, exceto próteses sobre implantes);
- Ortodontia (taxa de manutenção mensal);
- Benefício Adicional — instalação de aparelho ortodôntico.

Nossa assessoria está à sua disposição para dúvidas e esclarecimentos nos fones abaixo:



(51) **3022.2900**

(51) **9.9358.8878**