



# ACONTECE NO CAIS

Boletim  
Informativo do  
Sindicato  
Unificado da  
Orla Portuária  
SUPORT-ES

12 de março de 2014  
Jornalista Cristiane Brandão

## Atenção aposentados da Codesa! Recadastramento do plano de saúde

A Codesa está fazendo o recadastramento de todos os aposentados da empresa até o dia 30/06/2014 e é obrigatório o preenchimento do Termo de Adesão Codesa Saúde, conforme segue no verso. Após este prazo, todos os companheiros que não entregarem o termo assinado e os respectivos documentos no Setor de Plano de Saúde CODRHU serão automaticamente bloqueados no sistema, independente de estarem em dia ou não com os pagamentos de suas parcelas.

Segundo a Codesa, o procedimento foi orientado pelo setor Jurídico da empresa, independente da análise dos novos Termos do Plano de Saúde (ainda não definidos entre as partes) e que não anula o recadastramento anual, quando os beneficiários obrigatoriamente necessitam apresentar outros documentos atualizados (endereço, e-mail, telefone, comprovante de INSS, e outros, se houver).



### O Termo de Adesão Codesa Saúde poderá ser retirado:

- Pessoalmente na CODRHU;
- Através do site da Codesa em: Codesa Saúde/Downloads/ Termo de Adesão Aposentados;
- Solicitado via e-mail [saude@codesa.gov.br](mailto:saude@codesa.gov.br) ou [esantos@codesa.gov.br](mailto:esantos@codesa.gov.br);
- Pode ser entregue preenchido na CODRHU conforme segue no verso;
- **Ou, se preferir, você pode vir ao sindicato com seus documentos que nós preenchemos o formulário para você.**

SUPPORT-ES PERMANENTEMENTE EM DEFESA DO PORTUS E DOS PORTOS PÚBLICOS.

O PORTUS É PATRIMÔNIO DOS PORTUÁRIOS E OS PORTOS PÚBLICOS DO POVO BRASILEIRO.

Acesse nosso site: [www.suport-es.org.br](http://www.suport-es.org.br)

**TERMO DE ADESÃO CODESA SAUDE**

**DADOS BENEFICIÁRIO**

Nome:			<b>Questionário Sócio-econômico</b>	
Nº Matrícula CODESA:	Nº Benefício INSS:		<input type="checkbox"/> Carro Próprio	Modelo:
CPF:	Idade:	CI:	<input type="checkbox"/> Quitado	Ano:
Endereço (Rua, Av., e compl. Apto, casa etc.)			<input type="checkbox"/> Financiado	Parcelas a vencer:
			<input type="checkbox"/> Casa Própria	Qtde:
Bairro:	CEP:		<input type="checkbox"/> Casa Alugada	
Fone Residencial:	Município:	UF:	<input type="checkbox"/> Outras Fontes de Renda	
Fone Comercial:	E-mail:		Quais:	
Fone Comercial:	E-mail:			

**TERMO DE COMPROMISSO**

A partir do momento da adesão, e caso não o fizer estarei sujeito às penalidades, como aplicação de multas e juros, suspensão do atendimento e coberturas (atraso de 30 dias), cancelamento de cobertura (atraso de 60 dias), sem notificação prévia por parte da Companhia Docas do Espírito Santo - CODESA, me comprometo a manter saldo em minha conta para efetuar o desconto integral das despesas realizadas por mim e por meu dependente, conforme consta em ACT. Estou ciente que caso acumule despesa superior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) estarei sujeito a processo de cobrança, negociação jurídica e suspensão de autorização para novas despesas. Este documento está sujeito à alterações posteriores, conforme normas da Empresa.

Local:	
Data:	Assinatura do TITULAR BENEFICIÁRIO

**DADOS DO COOBRIGADO**

Obrigatório a todos aposentados em atendimento à Lei 10.741/2003. Cônjuge não pode assinar como Coobrigado. Anexar cópia do CPF, Identidade, Endereço e Telefone.

Nome:			Marcar com (X) os dois campos abaixo, de acordo com a categoria do Co-obrigado.	
Dependência:				
CPF:	Idade:	CI:		
Endereço (Rua, Av., e compl. Apto, casa etc.)			<input type="checkbox"/> Servidor ativo efetivo	
Bairro:	CEP:		<input type="checkbox"/> Servidor inativo	
Fone Residencial:	Município:	UF:	<input type="checkbox"/> Filho	
Fone Comercial:	E-mail:		<input type="checkbox"/> _____	

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CO-OBRIGADO