



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

SOLICITAÇÃO DE ENVIO DE BOLETO PLANO DE SAÚDE PARA DEPENDENTE PASESP

Eu, _____, portador do CPF _____, matrícula _____, titular do Plano PASA/PASESP, registrado na ANS sob nº 465.716/11-1, solicito que os boletos dos meus dependentes no Plano PASESP, registrado na ANS sob nº 465.717/11-9, abaixo relacionados, sejam encaminhados diretamente para o endereço de e-mail particular do dependente:

Nome do Dependente Responsável em receber o Boleto: _____

CPF: _____ Telefone: _____

E-mail _____

Endereço (Rua): _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

Agregar com cobrança de outro dependente: SIM NÃO

Em caso afirmativo, quais dependentes agrega cobrança?

Dependente 1: _____ CPF: _____

Dependente 2: _____ CPF: _____

Dependente 3: _____ CPF: _____

Dependente 4: _____ CPF: _____

DECLARO estar ciente que sou solidário com as dívidas da CASACARESC adquiridas por meus dependentes, e estou ciente que, em caso de inadimplência, o contato para cobrança será realizado diretamente com o dependente. Porém, em caso de não recebimento da dívida pela CASACARESC, me comprometo a saldar a dívida de meu dependente, na condição de titular.

Data: ____/____/____

Assinatura Titular _____