



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

TERMO DE ADESÃO DEPENDENTE - NOVO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE Plano CASA PASA – Registro ANS sob nº 487.202/20-9

Eu, _____, matrícula funcional nº _____,
inscrito(a) no CPF sob nº _____, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, solicito a
inclusão de beneficiário dependente ao Novo Programa de Assistência à Saúde CASA PASA, registrado na ANS sob nº
487.202/20-9, a partir de __/__/____ conforme dados a seguir:

Empresa Patrocinadora Titular:

<input type="checkbox"/> CASACARESC	<input type="checkbox"/> CIASC	<input type="checkbox"/> CIDASC	<input type="checkbox"/> EPAGRI
-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Carências:

<input type="checkbox"/> ADESÃO SEM CARÊNCIAS	<input type="checkbox"/> ADESÃO POR PORTABILIDADE	<input type="checkbox"/> ADESÃO COM CARÊNCIAS
---	---	---

Grau de Parentesco com o Titular

<input type="checkbox"/> CÔNJUGE	<input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A)	<input type="checkbox"/> MENOR SOB TUTELA
<input type="checkbox"/> FILHO(A)	<input type="checkbox"/> ENTEADO(A)	<input type="checkbox"/> FILHO(A) OU ENTEADO(A) COM DEFICIÊNCIA

Dados Cadastrais do Dependente

Nome Completo do Dependente

Sexo	CPF	RG	Órgão de Expedição
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Data de Expedição	Cartão Nacional de Saúde (Casacaesc preenche)	Data de Nascimento

Naturalidade: Estado	Município	Estado Civil

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

Endereço		
CEP	Estado	Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bairro	Logradouro (rua; avenida; servidão...)	Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complemento		
<input type="text"/>		
Telefone Residencial (com DDD)	Telefone Comercial (com DDD)	Celular (com DDD)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail Comercial	E-mail Pessoal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Autorizo a CASACARESC, conforme acordo firmado com a Empresa Instituidora/Patrocinadora e Participantes, a proceder descontos referentes as contribuições, taxas e despesas relativas a serviços médicos/odontológicos utilizados por mim e pelos meus dependentes, na folha de pagamento e/ou na rescisão de contrato enquanto ativo, de acordo com a Resolução Normativa (ANS) - RN 195/2009, ou através de Boleto Bancário/Débito em Conta/Débito na CERES, quando participante inativo.

Declaro, juntamente com meu dependente, que fui informado(a) pela Operadora CASACARESC que teremos acesso ao Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC), Estatuto e Regulamentos da CASACARESC, dentre outros informativos sobre o Plano de Saúde através do site www.casacaresc.org.br. Declaro ainda que, tenho conhecimento das normas e comprometo-me a cumpri-las, juntamente com meu dependente.

Assumo total responsabilidade pela guarda e uso das carteiras de identificação, comprometendo-me a devolvê-las no momento de minha exclusão ou dos meus dependentes. Firmo, juntamente com meu dependente, o presente Termo de Adesão ao Plano de Saúde da CASACARESC.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura Associado Titular