



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - DEPENDENTE Plano PASA – Registro ANS sob nº 465.716/11-1

Eu, _____, matrícula funcional nº _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, solicito a **inclusão de beneficiário dependente** ao Programa de Assistência à Saúde PASA, registrado na ANS sob nº 465.716/11-1, a partir de ___/___/___ conforme dados a seguir:

Empresa Patrocinadora Titular:

<input type="checkbox"/> CASACARESC	<input type="checkbox"/> CIASC	<input type="checkbox"/> CIDASC* * Preencher campo a seguir	<input type="checkbox"/> EPAGRI
-------------------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------

Campo a ser preenchido APENAS para titulares da CIDASC:

Declaro estar ciente do pagamento da Reserva Técnica de meu dependente no valor de **R\$ 1.000,00**, conforme convênio de adesão firmado entre a Patrocinadora CIDASC e a CASACARESC, de acordo com a forma de pagamento a seguir:

não se aplica**

À vista

Parcelado Número de Vezes _____ (O parcelamento poderá ser realizado em até 12 vezes sem juros)

** A inscrição é devida por todos os dependentes PASA da patrocinadora CIDASC com elegibilidade em 01/02/2020. Para novos admitidos, condição de cônjuge e nascimento após essa data não se aplica a cobrança de Reserva Técnica.

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"/> FILHO(A)	<input type="checkbox"/> ENTEADO(A)	<input type="checkbox"/> MENOR SOB TUTELA
----------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	---

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 (CNS) ¹	Data de Nascimento

Naturalidade: Estado	Município	Estado Civil

¹ Caso não possua cartão CNS, a operadora preencherá este campo.



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

Endereço

CEP

Estado

Município

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Bairro

Logradouro

Número

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Complemento

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

Assinatura Dependente ou Responsável