CASACARESC
Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS – nº 32755-7

TERMO DE ADESÃO TITULAR CASA PASA - 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, de acordo com o Art. 8º do Estatuto da Casacaresc e Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – **CASA PASA**, artigo 7º, I, solicito minha adesão ao Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA a partir de: ___ /___ /_____.

Empresa Patrocinadora:

☐ CASACARESC	☐ CIASC	☐ CIDASC	☐ EPAGRI

Tipo de Adesão:

☐ ADESÃO SEM CARÊNCIAS	☐ ADESÃO POR PORTABILIDADE	☐ ADESÃO COM CARÊNCIAS

Dados Cadastrais do Titular

Nome Completo do Titular

Sexo	CPF	RG	Órgão de Expedição
☐ M ☐ F			

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

Naturalidade: Estado	Município	Estado Civil

Lotação	Data de Admissão

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

Endereço

CEP	Estado	Município

Bairro	Logradouro (rua; avenida; servidão...)	Número

Complemento

Telefone Residencial (com DDD)	Telefone Comercial (com DDD)	Celular (com DDD)

E-mail Corporativo	E-mail Pessoal

Neste ato DECLARO e CONFIRMO CIÊNCIA do que segue:

1. Há dever de subordinação minha e de meus dependentes à legislação pertinente aos planos de saúde, bem como às regras estabelecidas no Estatuto da CASACARESC e regulamentos dos planos CASA PASA e PASESP, instrumentos que afirmo ter conhecimento;
2. Os deveres do associado estão expressos no artigo 10 do Estatuto da CASACARESC;
3. Os direitos gerais dos associados da CASACARESC estão previstos no art. 11 do Estatuto;
4. Os serviços de assistência à saúde são os discriminados no Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA, capítulo VII, os quais estão de acordo com a Resolução Normativa – RN 428 e supervenientes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
5. São exemplos de serviços de saúde que não tem cobertura do Plano CASA PASA os relacionados Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA, capítulo VIII;
6. As regras referentes à suspensão e perda da qualidade de beneficiário e das condições de reingresso estão disciplinadas no Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA, capítulo V;
7. É dever do beneficiário manter atualizado seu endereço de correspondência, considerando a CASACARESC entregue a notificação enviada para o endereço constante em seus registros;
8. O Titular é responsável pelo pagamento das mensalidades, bem como pelos eventuais valores de coparticipação devidos, tudo na forma definida no Plano de Custeio;
9. O Estatuto e os Regulamentos do CASA PASA e do PASESP integram o presente Termo e estão disponíveis no site da operadora, no endereço www.casacaresc.org.br.
10. O acesso ao **MPS - Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde** e **GLC - Guia de Leitura Contratual** pode ser realizado pelo site www.casacaresc.org.br na opção Estatuto/Regulamentos.
11. O pagamento das contribuições, taxas, despesas médicas serão efetuadas através da folha de pagamento da Empresa Instituidora ou Participantes, desde já autorizado pelo **associado titular.** Em caso de impedimento do desconto na folha de pagamento do **associado titular,** a cobrança será feita pela **CASACARESC** através de boleto bancário em nome do **associado titular**, que será disponibilizado na página da CASACARESC para impressão ou, caso prefira o titular, será enviado ao endereço cadastrado pelo associado junto a CASACARESC, devendo ser quitado na data de vencimento. O pagamento também poderá ser efetivado por meio de débito em conta, com a devida autorização do associado.
12. As contribuições mensais dos Beneficiários foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, conforme os percentuais de variação incidentes em cada uma delas e valores abaixo especificados:

Faixas Etárias:	% de variação:	Valores de contribuição:	
		Titular:	Dependente Direto:
I - 0 a 18 anos de idade	-	R$ 184,68	R$ 147,75
II - 19 a 23 anos de idade	25,00%	R$ 230,84	R$ 184,68
III - 24 a 28 anos de idade	20,00%	R$ 277,00	R$ 221,60
IV - 29 a 33 anos de idade	20,00%	R$ 332,45	R$ 265,95
V - 34 a 38 anos de idade	20,00%	R$ 398,88	R$ 319,10
VI - 39 a 43 anos de idade	20,00%	R$ 478,66	R$ 382,93
VII - 44 a 48 anos de idade	20,00%	R$ 574,38	R$ 459,51
VIII - 49 a 53 anos de idade	20,00%	R$ 689,29	R$ 551,43
IX - 54 a 58 anos de idade	10,00%	R$ 758,19	R$ 606,55
X - 59 anos e acima	12,00%	R$ 849,17	R$ 679,34

Os valores das contribuições dos **titulares ativos** nas patrocinadoras e seus dependentes terão **subsídio conforme o percentual definido pela respectiva patrocinadora**, de acordo com o Termo Aditivo ao Convênio de Adesão, e serão expressos em Apêndice (disponível no portal do beneficiário conforme patrocinadora do titular).

13. Os valores e percentuais reproduzidos acima estarão sujeitos a correções sempre que cálculo atuarial o recomendar, pena de inviabilização do plano de saúde.
14. A Comarca de Florianópolis é o foro de eleição para dirimir eventuais controvérsias a respeito do presente Termo.
15. O associado titular e seus dependentes ficam obrigados ao cumprimento das regras expressas no Estatuto/ Regulamentos da CASACARESC, instrumentos estes que estabelecem os direitos e as obrigações dos associados, declarando o associado titular ao firmar o presente contrato que tem conhecimento de tais normas.

Assim, DECLARO estar ciente do anotado acima e 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 o presente Termo de Permanência ao Plano de Saúde da CASACARESC, cujo original permanecerá na CASACARESC.

_____, _____de _____de _____.

_____

Associado titular