

TERMO DE ADESÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – TITULAR
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, de acordo com o Art. 8º do Estatuto da Casacaresc e artigo 7º, I do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde – PASA, solicito minha adesão ao Programa de Assistência à Saúde – PASA a partir de ___/___/_____.

Empresa Patrocinadora:

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <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 |
|---|---|---|

Dados Cadastrais do Titular

Nome Completo do Titular

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

| | | | |
|---|-------|-------|--------------------|
| 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.

| | | |
|---------|------------------|-----------|
| Lotação | Data de Admissão | PIS/PASEP |
| _____ | _____ | _____ |

Filiação

Nome do Pai

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

Nome da Mãe

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

Endereço

| | | |
|-------|--------|-----------|
| CEP | Estado | Município |
| _____ | _____ | _____ |

| | | |
|--------|------------|--------|
| Bairro | Logradouro | Número |
| _____ | _____ | _____ |

Complemento

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

| | | |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Telefone Residencial (com DDD) | Telefone Comercial (com DDD) | Celular (com DDD) |
| _____ | _____ | _____ |

| | |
|------------------|----------------|
| E-mail Comercial | E-mail Pessoal |
| _____ | _____ |

Neste ato DECLARO e CONFIRMO CIÊNCIA do que segue:

1. Há dever de subordinação minha e a de meus dependentes à legislação pertinente aos planos de saúde, bem como às regras estabelecidas no Estatuto da CASACARESC e regulamentos do PASA e do PASESP, instrumentos que afirmo ter conhecimento;
2. Os direitos gerais dos associados da CASACARESC estão previstos no art. 11 do Estatuto;
3. Os serviços de assistência à saúde são os discriminados nos artigos 30 a 36 do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde – PASA, os quais estão de acordo com a Resolução Normativa – RN 428 e supervenientes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
4. São exemplos de serviços de saúde que não tem cobertura do PASA os relacionados no artigo 37 do Regulamento do PASA;
5. Os deveres do associado estão expressos no artigo 10 do Estatuto da CASACARESC;
6. As regras referentes à suspensão e perda da qualidade de beneficiário e das condições de reingresso estão disciplinadas nos artigos 16 a 21 do Regulamento do PASA;
7. Tenho o dever de manter atualizado o meu endereço de correspondência, considerando a CASACARESC entregue a notificação enviada para o endereço constante em seus registros;
8. Sou responsável pelo pagamento das contribuições mensais, bem como pelos eventuais valores de coparticipação devidos, tudo na forma definida no Plano de Custeio;
9. Atualmente, o titular ativo contribui para o plano de saúde na forma prevista no inciso I do artigo 2º do Plano de Custeio, assim:

I – As Patrocinadoras contribuirão mensalmente para CASACARESC referente a seus empregados e diretores ativos, recebidos à disposição, em licença doença e em licença acidente do trabalho, com 4% (quatro por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, como parte patronal, inclusive sobre o 13º salário.

II – Os associados titulares ativos, em licença doença e em licença acidente do trabalho nas patrocinadoras contribuirão mensalmente para a CASACARESC da seguinte forma:

- a) 4,00% (quatro por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 150,32, base 1º de setembro/2019, sendo este valor corrigido anualmente em setembro, pelo índice acumulado do INPC;
- b) 1,26% (um vírgula vinte e seis por cento) por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 43,56 e maior que R\$ 132,58 por dependente, base 1º de setembro/2019, sendo estes valores corrigidos anualmente em setembro, pelo índice acumulado do INPC; e c) Sobre o 13º salário será cobrada a contribuição dos titulares e dos dependentes, ou seja, 4,00% (quatro por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 150,32, base 1º de setembro/2019, sendo este valor corrigido anualmente em setembro, pelo índice acumulado do INPC; e
- d) 1,26% (um vírgula vinte e seis por cento) por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 43,56 e maior que R\$ 132,58, por dependente, base 1º de setembro/2019, sendo estes valores corrigidos anualmente em setembro, pelo índice acumulado do INPC;

10. Os valores e percentuais reproduzidos acima estarão sujeitos a correções sempre que cálculo atuarial o recomendar, pena de inviabilização do plano de saúde.
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, preferencialmente no banco previsto no documento. O pagamento também poderá ser efetivado por meio de débito em conta, com a devida autorização do associado.
12. O Estatuto e os Regulamentos do PASA e do PASESP integram o presente Termo e, no ato de sua assinatura, a Casacaresc os colocou a minha disposição, na forma física, bem como me rememorou que tais normas podem ser pesquisadas em www.casacaresc.org.br.
13. 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.
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

Presidente da CASACARESC

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: