

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

Endereço

CEP	Estado	Município	Bairro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Logradouro	Número	Complemento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefone Residencial (com DDD)	Celular (com DDD)	E-mail Pessoal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Forma de Pagamento do Plano

<input type="checkbox"/> DÉBITO EM CONTA CORRENTE BANCO DO BRASIL *(ver observação)	<input type="checkbox"/> BOLETO PELO CORREIO	<input type="checkbox"/> BOLETO POR E-MAIL
--	--	--

- **Observação:** em caso de débito em conta, realizar a autorização conforme orientações disponíveis em <https://www.casacaresc.org.br/files/formularios-pasa/autorizacao-de-debito/orientacao-para-autorizar-debito-automatico.pdf> e encaminhar o comprovante para o whatsapp (048) 98838-9759

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 integral das contribuições mensais, incluindo a parcela anteriormente atribuída à PATROCINADORA, bem como pelos eventuais valores de coparticipação devidos, tudo na forma definida no Plano de Custeio;
9. Atualmente, o aposentado contribui para o plano de saúde na forma prevista no inciso III do artigo 2º do Plano de Custeio, assim:
 - 9.1) 8,00% (oito por cento) sobre:
 - a.1) No caso de associado sem previdência privada, sobre a remuneração bruta e benefícios a que teria direito na patrocinadora, se trabalhando (ativo) estivesse, ou sobre o valor do benefício da Previdência Social, o que resultar maior, limitado ao teto de benefício da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 300,61, base 1º de setembro/2019, sendo estes valores corrigidos anualmente em setembro, pelo índice acumulado do INPC;

- a.2) No caso de associado com previdência privada, sobre o resultado da SOMA do valor bruto que recebe da Previdência Privada de cada empresa participante, mais o valor bruto da Previdência Social (INSS), limitado ao teto da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 300,61, base 1º de setembro/2019, sendo estes valores corrigidos 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, apurado com o critério descrito na alínea 'a', haverá contribuição dos titulares de 8,00% (oito por cento), não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 300,61, base 1º de setembro/2019, sendo este valor corrigido anualmente em setembro, pelo índice acumulado do INPC, e 1,26% (um vírgula vinte e seis por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, alínea 'a', 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. A CASACARESC emitirá boleto bancário em nome do associado titular que será enviado ao endereço cadastrado pelo associado junto à CASACARESC, devendo ser quitado na data de vencimento, preferencialmente no banco previsto no documento. A forma de pagamento poderá ser ainda débito em conta ou débito na CERES, devidamente autorizado pelo titular;
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 _____.

Assinatura Associado Titular