

**TERMO DE PERMANÊNCIA NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
ASSOCIADOS COM DEMISSÃO DA PATROCINADORA
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 artigos 22 a 23-A; 26 a 29-D do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde – PASA, solicito minha Permanência e de meus dependentes no Programa de Assistência à Saúde - PASA, bem como a de meu (s) dependente(s) do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, abaixo relacionados a partir de ____/____/____:

Nome Dependente	Data Nascimento	Grau de parentesco com o(a) titular	Nome da Mãe do(a) Beneficiário(a)	PASA	PASESP

Empresa Patrocinadora:

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

Previdência INSS – comprovação obrigatória:

Favor informar a data de provável aposentadoria pelo INSS: ____/____/____

Importante: Na hipótese de recebimento após assinatura deste Termo, o beneficiário tem a obrigação de informar o início do recebimento do INSS após concessão do benefício à Casacaresc.

SOS UNIMED: POSSUI NÃO POSSUI

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.

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.casacaesc.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:

- 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;
- Os direitos gerais dos associados da CASACARESC estão previstos no art. 11 do Estatuto;
- 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;
- São exemplos de serviços de saúde que não tem cobertura do PASA os relacionados no artigo 37 do Regulamento do PASA;
- Os deveres do associado estão expressos no artigo 10 do Estatuto da CASACARESC;
- 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;
- 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;
- 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;
- Atualmente, o associado inativo demitido, ou que pede demissão, contribui para o plano de saúde na forma prevista no inciso V do artigo 2º do Plano de Custeio, assim:
 - 8,00% (oito por cento) sobre a sua maior remuneração bruta e benefícios, considerando o último pagamento recebido na empresa patrocinadora, corrigido sempre pelas correções da empresa patrocinadora; ou a remuneração bruta e benefícios da nova empresa ou órgão em que foi trabalhar, valendo como base de contribuição o que for maior, 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;

b) 1,26% (um vinte e seis por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, 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;

c) Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares de 8,00% (oito por cento) sobre a sua maior remuneração bruta e benefícios, considerando o último pagamento recebido na empresa patrocinadora, corrigido sempre pelas correções da empresa patrocinadora; ou a remuneração bruta e benefícios da nova empresa ou órgão em que foi trabalhar, valendo como base de contribuição o que for maior, 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 de 1,26% (um vírgula vinte e seis por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, 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