



ANS - nº 32755-7

## Plano de Saúde Médico e Odontológico

**TERMO DE PERMANÊNCIA NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPENDENTES ESPECIAIS – BENEFÍCIO FAMÍLIA**

Plano PASESP – Registro ANS sob nº 465.717/11-9

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula benefício família nº \_\_\_\_\_ (preenchida pela CASACARESC) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, identificado(a) aqui como responsável pelo grupo familiar a ser albergado no programa de saúde PASESP (art. 7º, § 7º do Regulamento do PASA; art. 9º, inciso I do regulamento do PASESP), solicito a Adesão ao Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais da CASACARESC dos beneficiários abaixo relacionados:

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

**Empresa Patrocinadora:** CASACARESC CIASC EPAGRI**Dados Cadastrais do Titular**

Nome Completo do Titular

CPF nº

Data de Nascimento

Estado Civil

Sexo

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
----------------------------	----------------------------

Documento Identidade (RG)

Órgão Expedidor/UF

Data de Expedição

Nacionalidade

--	--	--	--

Naturalidade: Cidade

Estado

Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS)<sup>1</sup>

--	--	--

<sup>1</sup> Conforme Deliberação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é obrigatório o Cartão Nacional de Saúde (CNS) para os atendimentos pelo SUS e pelos Planos de Saúde (Caso você não possua cartão CNS, a operadora realizará a consulta).

**Filiação**

Nome do Pai

Nome da Mãe



ANS - nº 32755-7

## Plano de Saúde Médico e Odontológico

### Endereço

Endereço Residencial:		Nº	Complemento
Bairro	Município	Estado	CEP
Telefone Residencial (com DDD)	Celular (com DDD)	Telefone Comercial	
E-mail Comercial	E-mail Pessoal		

Declaro que fui informado(a) pela Operadora CASACARESC que terei 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](http://www.casacaresc.org.br). Declaro ainda que, tenho conhecimento das normas e comprometo-me a cumpri-las.

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 Adesão ao Plano de Saúde da CASACARESC.

### **PAGAMENTO TAXA DE INSCRIÇÃO – Art. 1º, II, Plano de Custeio PASESP**

Art. 1º Quando da INSCRIÇÃO de cada beneficiário no plano de saúde será cobrado:

(...)

II - a título de Taxa de Inscrição o valor equivalente a 3 (três) vezes o valor da 1ª (primeira) contribuição.

Parágrafo Único. No caso de universitário que participou do PASESP e retornou à sua graduação, com direito à inscrição no PASA, não pagará novamente inscrição quando reingressar no PASESP.

O valor referente a taxa de inscrição pode ser parcelado com autorização do Titular nos casos de migração do PASA para o PASESP e para novas adesões de dependentes <sup>1</sup>

### Forma de Pagamento da Inscrição PASESP escolhida pelo Titular

Valor Total Grupo Familiar _____	<input type="checkbox"/> Á vista	<input type="checkbox"/> Parcelado	Número de Vezes _____
----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------

<sup>1</sup> A prestação mínima para o parcelamento será o valor da primeira faixa etária da tabela de contribuições PASESP. Forma de pagamento será de acordo com o Regulamento PASESP.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Beneficiário Titular**

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 1.347 | Itacorubi | CEP 88034-901 | Florianópolis (SC)  
Fone: 48 3665 5470 | Celular: 48 8838 9759 | E-mail: [cadastro@casacaresc.org.br](mailto:cadastro@casacaresc.org.br)