

**TERMO DE TRANSFERÊNCIA/PERMANÊNCIA NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DOS DEPENDENTES ESPECIAIS – APÓS FALECIMENTO DO TITULAR
Plano PASESP – Registro ANS sob nº 465.717/11-9**

Eu, _____, matrícula nº (preenchido pela CASACARESC) _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, identificado(a) aqui como Beneficiário(a) Titular, solicito a **transferência/permanência de beneficiário dependente** no Programa de Assistência à Saúde PASESP, registrado na ANS sob nº 465.717/11-9, de acordo com o Art. 8º, § 1º do Estatuto da Casacaresc e art. 7º, inciso II, § 7º do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde – PASA, art. 9º, inciso I do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes especiais – PASESP, e dos dependentes abaixo relacionados, a partir de ___/___/_____

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

Empresa Patrocinadora Titular:

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

SOS UNIMED: POSSUI NÃO POSSUI

Dados Cadastrais do Novo Titular

Nome Completo do Novo 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bairro	Logradouro	Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complemento		
<input type="text"/>		
Telefone Residencial (com DDD)	Telefone Comercial (com DDD)	Celular (com DDD)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail Comercial	E-mail Pessoal	
<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.casacareesc.org.br/files/formularios-pasa/autorizacao-de-debito/orientacao-para-autorizar-debito-automatgico.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 24 a 30 do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, 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 31 do Regulamento do PASESP;
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 13 a 19 do Regulamento do PASESP;
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, definidas na tabela de mensalidades do PASESP por faixa etária, bem como pelos eventuais valores de coparticipação devidos, tudo na forma definida no Plano de Custeio;
9. Atualmente, o beneficiário do PASESP contribui com tabela construída por faixa etária conforme art. 2º do Plano de Custeio do PASESP:

Faixas Etárias	Mensalidades Vigentes a partir de 01/09/2019	Taxa de Inscrição a partir de 01/09/2019
I - 0 a 18 anos de idade	R\$ 175,25	R\$ 525,75
II - 19 a 23 anos de idade	R\$ 219,06	R\$ 657,18
III - 24 a 28 anos de idade	R\$ 262,86	R\$ 788,58
IV - 29 a 33 anos de idade	R\$ 315,46	R\$ 946,38
V - 34 a 38 anos de idade	R\$ 378,51	R\$ 1.135,53
VI - 39 a 43 anos de idade	R\$ 454,22	R\$ 1.362,66
VII - 44 a 48 anos de idade	R\$ 545,06	R\$ 1.635,18
VIII - 49 a 53 anos de idade	R\$ 654,10	R\$ 1.962,30
IX - 54 a 58 anos de idade	R\$ 719,48	R\$ 2.158,44
X - 59 anos e acima	R\$ 805,82	R\$ 2.417,46

§ 1º. Os valores constantes na tabela acima estarão sujeitos a correções anualmente pelo INPC, considerando o INPC acumulado no período de junho do ano anterior a maio do ano do reajuste, e tecnicamente sempre que cálculo atuarial o recomendar, pena de inviabilização do plano de saúde.

§ 2º. A mudança de faixa etária, com a correspondente alteração de valor, acontecerá no mês seguinte em que o beneficiário completar a idade inicial da faixa seguinte, ou seja, no mês seguinte em que completar 19, 24, 29...e 59 anos, respectivamente, consoante tabela supra.

10. 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;
11. 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.
12. 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.
13. A Comarca de Florianópolis é o foro de eleição para dirimir eventuais controvérsias a respeito do presente Termo.
14. 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.

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 ¹

Forma de Pagamento da Inscrição PASESP escolhida pelo Titular

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

¹ A prestação mínima para o parcelamento será o valor da primeira faixa etária da tabela de contribuições PASESP.

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: