



ANS - nº 32755-7

Plano de Saúde Médico e Odontológico

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPENDENTES ESPECIAIS

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

Eu, _____, matrícula funcional nº _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, solicito a **inclusão de beneficiário dependente** ao Programa de Assistência à Saúde PASESP, registrado na ANS sob nº 465.717/11-9, a partir de __/__/____.

Empresa Patrocinadora Titular:

<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
---	---	---

Grau de Parentesco com o Titular

<input type="checkbox"/> FILHO(A)	<input type="checkbox"/> ENTEADO(A)	<input type="checkbox"/> PAI/MÃE	<input type="checkbox"/> SOGRO/SOGRA	<input type="checkbox"/> PADRASTO/MADRASTA
<input type="checkbox"/> NORA/GENRO	<input type="checkbox"/> NETO(A)	<input type="checkbox"/> IRMÃO/IRMÃ	<input type="checkbox"/> SOBRINHO(A)	<input type="checkbox"/> MENOR SOB GUARDA DO CÔNJUGE

Dados Cadastrais do Dependente

Nome Completo do Dependente

--

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

--



ANS - nº 32755-7

Plano de Saúde Médico e Odontológico

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	

Declaro estar ciente da tabela de contribuições atual do PASESP expressa a seguir 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

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.



ANS - nº 32755-7

Plano de Saúde Médico e Odontológico

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. Forma de pagamento será de acordo com o Regulamento PASESP.

**** IMPORTANTE:** CASO SEJA INTERESSE DO TITULAR SOLICITAR QUE O BOLETO REFERENTE À MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO SEJA ENCAMINHADO DIRETAMENTE PARA O DEPENDENTE DO PASESP POR E-MAIL, É NECESSÁRIO PREENCHER O FORMULÁRIO “ENVIO DE BOLETO PARA DEPENDENTE”

Autorizo a CASACARESC, conforme acordo firmado com a Empresa Instituidora/Patrocinadora e Participantes, a proceder descontos referentes as contribuições, taxas e despesas relativas a serviços médicos/odontológicos utilizados por mim e pelos meus dependentes, na folha de pagamento e/ou na rescisão de contrato enquanto ativo, de acordo com a Resolução Normativa (ANS) - RN 195/2009, ou através de Boleto Bancário/Débito em Conta/Débito na CERES, quando participante inativo.

Declaro, juntamente com meu dependente, que fui informado(a) pela Operadora CASACARESC que teremos 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. Declaro ainda que, tenho conhecimento das normas e comprometo-me a cumpri-las, juntamente com meu dependente.

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, juntamente com meu dependente, o presente Termo de Adesão ao Plano de Saúde da CASACARESC.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura Associado Titular

Assinatura Dependente