CASACARESC

Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS – nº 32755-7

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 n° 465.717/11-9, a partir de ___/___/_____.

Empresa Patrocinadora Titular:

☐ CASACARESC	☐ CIASC	☐ CIDASC	☐ EPAGRI

Tipo de Adesão:

☐ ADESÃO SEM CARÊNCIAS	☐ ADESÃO POR PORTABILIDADE	☐ ADESÃO COM CARÊNCIAS

Grau de Parentesco com o Titular

☐ FILHO(A) DO TITULAR	☐ ENTEADO(A) DO TITULAR	☐ MENOR SOB GUARDA DO CÔNJUGE	☐ NETO(A) DO TITULAR OU CÔNJUGE
☐ BISNETO(A) DO TITULAR	☐ TRISNETO(A) DO TITULAR	☐ PAI/MÃE DO TITULAR	☐ PADRASTO/MADRASTA DO TITULAR OU DO CÔNJUGE
☐ GENRO/NORA DO TITULAR	☐ SOGRO/SOGRA DO TITULAR	☐ IRMÃO/IRMÃ DO TITULAR	☐ SOBRINHO(A) DO TITULAR

☐ AVÔ/ AVÓ DO TITULAR OU DO CÔNJUGE	☐ BISAVÔ/ BISAVÓ DO TITULAR	☐ TRISAVÔ/ TRISAVÓ DO TITULAR	☐ CUNHADO (A) DO TITULAR	☐ SOBRINHO (A) NETO (A) DO TITULAR	☐ TIO (A) DO TITULAR	☐ PRIMO (A) DO TITULAR

Dados Cadastrais do Dependente

Nome Completo do Dependente

Sexo	CPF	RG	Órgão de Expedição
☐ M ☐ F			

Data de Expedição	Cartão Nacional de Saúde (Casacaresc preenche)	Data de Nascimento

Naturalidade: Estado	Município	Estado Civil

CASACARESC

Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS – nº 32755-7

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

Endereço

CEP | Estado | Município

Bairro | Logradouro (rua; avenida; servidão...) | Número

Complemento

Telefone Residencial (com DDD) | Telefone Comercial (com DDD) | Celular (com DDD)

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	Mensalidade vigente a partir de 01/01/2022
I - 0 a 18 anos de idade	**R$ 194,36**
II - 19 a 23 anos de idade	**R$ 242,94**
III - 24 a 28 anos de idade	**R$ 291,52**
IV - 29 a 33 anos de idade	**R$ 349,86**
V - 34 a 38 anos de idade	**R$ 419,78**
VI - 39 a 43 anos de idade	**R$ 503,75**
VII - 44 a 48 anos de idade	**R$ 604,50**
VIII - 49 a 53 anos de idade	**R$ 725,42**
IX - 54 a 58 anos de idade	**R$ 797,93**
X - 59 anos e acima	**R$ 893,69**

** **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"*

CASACARESC

Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS – nº 32755-7

Autorizo a CASACARESC, conforme acordo firmado com a Empresa Instituidora/Patrocinadora e Participantes, a proceder descontos referentes às mensalidades 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

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 1.347 | Itacorubi | CEP 88034-901 | Florianópolis (SC)
Fone: 48 3665 5470 | Celular: 48 99637-0024 (WhatsApp)| E-mail: cadastro@casacaresc.org.br