



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – DEPENDENTE CIDASC
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, solicito a **inclusão de beneficiário dependente** ao Programa de Assistência à Saúde PASA, registrado na ANS sob nº 465.716/11-1, a partir de __/__/____ conforme dados a seguir:

Empresa Patrocinadora Titular: CIDASC

Carências:

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADESÃO SEM CARÊNCIAS | <input type="checkbox"/> ADESÃO POR PORTABILIDADE | <input type="checkbox"/> ADESÃO COM CARÊNCIAS |
|---|---|---|

Observação: Para adesões de 01/02/2020 a 30/04/2020 – Adesão sem Carências

Grau de Parentesco com o Titular

| | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CÔNJUGE | <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) | <input type="checkbox"/> FILHO(A) | <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) | <input type="checkbox"/> MENOR SOB TUTELA |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|

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

| |
|--|
| |
|--|



Plano de Saúde Médico e Odontológico

ANS - nº 32755-7

Endereço

| | | |
|--------------------------------|-------------------|----------------|
| CEP | Estado | Município |
| | | |
| Bairro | Logradouro | Número |
| | | |
| Complemento | | |
| | | |
| Telefone Residencial (com DDD) | Celular (com DDD) | E-mail Pessoal |
| | | |

Declaro estar ciente do pagamento da inscrição de meu dependente no valor de **R\$ 1.000,00**, conforme convênio de adesão firmado entre a Patrocinadora CIDASC e a CASACARESC, de acordo com a forma de pagamento a seguir:

Forma de Pagamento da Inscrição PASA escolhida pelo Titular

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Valor Total: R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> Á vista | <input type="checkbox"/> Parcelado | Número de Vezes _____ |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|

Observação: O parcelamento poderá ser realizado em até 12 vezes **sem juros**.

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