

**TERMO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE PLANOS**  
**CASA PASA – PASESP / PASESP – CASA PASA**

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula funcional nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, participante da patrocinadora \_\_\_\_\_, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, solicito a transferência do meu dependente abaixo relacionado como segue:

Plano de Origem (exclusão):	Plano Destino (inclusão):	Data de Transferência entre os planos:
<input type="checkbox"/> NOVO Programa de Assistência à Saúde – <b>CASA PASA – 487.202/20-9</b> <input type="checkbox"/> Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais- <b>PASESP – 465.717/11-9</b>	<input type="checkbox"/> NOVO Programa de Assistência à Saúde – <b>CASA PASA - 487.202/20-9</b> <input type="checkbox"/> Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais- <b>PASESP - 465.717/11-9</b>	____/____/____

**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	<input type="checkbox"/> PAI/MÃE

**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) (Casacaesc preenche)	Data de Nascimento

Naturalidade: Estado	Município	Estado Civil

**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 Comercial	E-mail Pessoal	

**Declaro estar ciente do artigo 7º, II, c:**

**Art. 7º** Poderão se inscrever no CASA PASA, nas seguintes categorias:

(...)

II - Dependentes: c) Filhos ou enteados, **solteiros**, até 24 (vinte e quatro) anos.

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](http://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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Associado titular**