

TERMO DE PERMANÊNCIA TITULAR - NOVO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Plano CASA PASA – Registro ANS sob nº 487.202/20-9

Eu, _____, matrícula funcional nº _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, de acordo com o Art. 8º do Estatuto da CASACARESC e Capítulo VI do Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – **CASA PASA**, solicito minha permanência e de meus dependentes no Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA, bem como a de meu (s) dependente(s) do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP, abaixo relacionados, a partir de: ___/___/_____.

Nome Dependente	Data Nascimento	Grau de parentesco com o(a) titular	CASA PASA	PASESP

Empresa Patrocinadora Titular:

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

Dados Cadastrais do Titular

Nome Completo do Titular

Sexo	CPF	RG	Órgão de Expedição
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Data de Expedição	Cartão Nacional de Saúde (CASACARESC preenche)	Data de Nascimento
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Naturalidade: Estado	Município	Estado Civil
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

Endereço

CEP	Estado	Município	Bairro
Logradouro (rua; avenida; servidão...)		Número	Complemento
Telefone Residencial (com DDD)	Celular (com DDD)	E-mail Pessoal	

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.casacaresc.org.br/files/formularios-pasa/autorizacao-de-debito/orientacao-para-autorizar-debito-automatizado.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 de meus dependentes à legislação pertinente aos planos de saúde, bem como às regras estabelecidas no Estatuto da CASACARESC e regulamentos dos planos CASA PASA e PASESP, instrumentos que afirmo ter conhecimento;
2. Os deveres do associado estão expressos no artigo 10 do Estatuto da CASACARESC;
3. Os direitos gerais dos associados da CASACARESC estão previstos no art. 11 do Estatuto;
4. Os serviços de assistência à saúde são os discriminados no Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA, capítulo VII, os quais estão de acordo com a Resolução Normativa – RN 428 e supervenientes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
5. São exemplos de serviços de saúde que não tem cobertura do Plano CASA PASA os relacionados Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA, capítulo VIII;
6. As regras referentes à suspensão e perda da qualidade de beneficiário e das condições de reingresso estão disciplinadas no Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA, capítulo V;
7. É dever do beneficiário manter atualizado seu endereço de correspondência, considerando a CASACARESC entregue a notificação enviada para o endereço constante em seus registros;
8. O titular é responsável pelo pagamento integral das mensalidades, incluindo a parcela anteriormente atribuída à PATROCINADORA, bem como pelos eventuais valores de coparticipação devidos;
9. O Estatuto e os Regulamentos do CASA PASA e do PASESP integram o presente Termo e estão disponíveis no site da operadora, no endereço www.casacaresc.org.br.
10. 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.

11. As contribuições mensais dos Beneficiários foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, conforme os percentuais de variação incidentes em cada uma delas e valores abaixo especificados:

Faixas Etárias:	% de variação:	Valores de contribuição:	
		Titular:	Dependente Direto:
I - 0 a 18 anos de idade	-	R\$ 172,76	R\$ 138,21
II - 19 a 23 anos de idade	25,00%	R\$ 215,94	R\$ 172,76
III - 24 a 28 anos de idade	20,00%	R\$ 259,12	R\$ 207,30
IV - 29 a 33 anos de idade	20,00%	R\$ 310,97	R\$ 248,78
V - 34 a 38 anos de idade	20,00%	R\$ 373,13	R\$ 298,50
VI - 39 a 43 anos de idade	20,00%	R\$ 447,76	R\$ 358,21
VII - 44 a 48 anos de idade	20,00%	R\$ 537,31	R\$ 429,85
VIII - 49 a 53 anos de idade	20,00%	R\$ 644,80	R\$ 515,84
IX - 54 a 58 anos de idade	10,00%	R\$ 709,25	R\$ 567,40
X - 59 anos e acima	12,00%	R\$ 794,36	R\$ 635,49

12. Os valores e percentuais reproduzidos acima estarão sujeitos a correções sempre que cálculo atuarial o recomendar, pena de inviabilização do plano de saúde.
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.

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 _____.

Assinatura Associado Titular