

TERMO DE PERMANÊNCIA DE DEPENDENTES POR ÓBITO DE TITULAR NOVO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

Eu, _____ inscrito(a) no CPF sob nº _____, identificado(a) aqui como Associado(a) Titular, identificado no contrato anterior como dependente do titular _____, de acordo com o Art. 8º do Estatuto da CASACARESC e Art. 7º, § 6º 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, de acordo com as regras de elegibilidades do art 7º, II, do Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – **CASA PASA** e art. 9º, inciso I do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes especiais – **PASESP**:

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

Empresa Patrocinadora Titular Anterior:

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

Dados Cadastrais do Titular Atual:

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Logradouro	Número	Complemento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefone Residencial (com DDD)	Celular (com DDD)	E-mail Pessoal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.casacaesc.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 Estatuto e os Regulamentos do CASA PASA e do PASESP integram o presente Termo e estão disponíveis no site da operadora, no endereço www.casacaesc.org.br.

9. 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.
10. A mensalidade para beneficiários dependentes diretos mantidos após o óbito do titular, está prevista no inciso III do artigo 2º do Plano de Custeio CASA PASA, conforme expresso na tabela a seguir para os dependentes elegíveis no CASA PASA:

TABELA 02		
Faixa Etária	Titular	Dependente
0 - 18	172,76	138,21
19 - 23	215,94	172,76
24 - 28	259,12	207,30
29 - 33	310,97	248,78
34 - 38	373,13	298,50
39 - 43	447,76	358,21
44 - 48	537,31	429,85
49 - 53	644,80	515,84
54 - 58	709,25	567,40
59 +	794,36	635,49

11. A mensalidade para beneficiários dependentes diretos mantidos após o óbito do titular, está prevista no artigo 2º do Plano de Custeio PASESP, conforme expresso na tabela a seguir para os dependentes elegíveis no PASESP:

Faixas Etárias	Mensalidade vigente a partir de 01/01/2021
I - 0 a 18 anos de idade	R\$ 178,84
II - 19 a 23 anos de idade	R\$ 223,55
III - 24 a 28 anos de idade	R\$ 268,25
IV - 29 a 33 anos de idade	R\$ 321,93
V - 34 a 38 anos de idade	R\$ 386,27
VI - 39 a 43 anos de idade	R\$ 463,53
VII - 44 a 48 anos de idade	R\$ 556,24
VIII - 49 a 53 anos de idade	R\$ 667,51
IX - 54 a 58 anos de idade	R\$ 734,23
X - 59 anos e acima	R\$ 822,34

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