



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 nº
465.717/11-9, a partir de ___ / ___ / ____.

Empresa Patrocinadora Titular:

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

Carências:

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

Grau de Parentesco com o Titular

<input type="checkbox"/> FILHO(A) DO TITULAR	<input type="checkbox"/> ENTEADO(A) DO TITULAR	<input type="checkbox"/> MENOR SOB GUARDA DO CÔNJUGE	<input type="checkbox"/> NETO(A) DO TITULAR OU CÔNJUGE	
<input type="checkbox"/> BISNETO(A) DO TITULAR	<input type="checkbox"/> TRISNETO(A) DO TITULAR	<input type="checkbox"/> PAI/MÃE DO TITULAR	<input type="checkbox"/> PADRASTO/MADRASTA DO TITULAR OU DO CÔNJUGE	
<input type="checkbox"/> GENRO/NORA DO TITULAR	<input type="checkbox"/> SOGRO/SOGRA DO TITULAR	<input type="checkbox"/> IRMÃO/IRMÃ DO TITULAR	<input type="checkbox"/> SOBRINHO(A) DO TITULAR	
<input type="checkbox"/> AVÔ/ AVÓ DO TITULAR OU DO CÔNJUGE	<input type="checkbox"/> BISAVÔ/BISAVÓ DO TITULAR	<input type="checkbox"/> TRISAVÔ/ TRISAVÓ DO TITULAR	<input type="checkbox"/> TIO (A) DO TITULAR	<input type="checkbox"/> PRIMO (A) DO TITULAR

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 (Casacaesc preenche)	Data de Nascimento

Naturalidade: Estado	Município	Estado Civil



ANS - nº 32755-7

Plano de Saúde Médico e Odontológico

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

Endereço

CEP Estado Município

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

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

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

Complemento

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

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

E-mail Comercial E-mail Pessoal

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

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 01/01/2021
I - 0 a 18 anos de idade	R\$ 178,84
II 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



ANS - nº 32755-7

Plano de Saúde Médico e Odontológico

**** 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”

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

Assinatura Dependente