

# TERMO DE ADESÃO ANS – nº 348180

Protocolo: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## CAST – Caixa de Assistência dos Servidores Municipais de Toledo

Beneficiário Titular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ N° Telefone: \_\_\_\_\_

A CAST – Caixa de Assistência dos Servidores Municipais de Toledo, CNPJ 72.096.043/0001-23, neste ato representada segundo seus atos constitutivos e doravante denominada **CONTRATANTE** e o (a) Beneficiário Titular, abaixo assinado(a), integrante do quadro associativo da empresa acima qualificada e doravante chamado **BENEFICIÁRIO TITULAR**, tem entre si justo e acertado os compromissos abaixo especificados, conforme itens e condições que se seguem:

### 1) DA INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

a) A empresa acima qualificada declara que o **beneficiário titular** faz parte do seu quadro associativo e solicita a sua inclusão e/ou a inclusão dos seus **beneficiários dependentes**, discriminados em cadastro retro, como beneficiários do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde firmado entre esta Autarquia e Humana Saúde Sul Ltda.

### 2) DOS VALORES MENSASIS A SEREM PAGOS:

a) O **beneficiário titular** declara ter tomado conhecimento, na íntegra, da Tabela de Preço que será praticada, e autoriza o débito integral em sua Folha de Pagamento da mensalidade, sua e/ou de seus beneficiários dependentes.

### 3) DOS BENEFÍCIOS OFERTADOS:

a) O **beneficiário titular** declara ter tomado conhecimento, na íntegra, dos itens do contrato firmado entre a CAST e a Humana Saúde Sul Ltda, ser sabedor e, concordar com os compromissos assumidos por ele quando aderente ao contrato.

### 4) DA MUDANÇA DE ENDEREÇO DOMICILIAR:

a) O **beneficiário titular** declara ser sabedor de que deve informar por escrito, num prazo máximo de 7 (sete) dias, qualquer alteração de endereço domiciliar, de correspondência ou número de telefone e que, em não o fazendo, isenta à operadora Humana Saúde Sul Ltda., bem como a CAST, da responsabilidade de, ao não poder contatá-lo, não inteirá-lo de qualquer assunto que seja do interesse deste **beneficiário titular** ou seus **beneficiários dependentes**, correndo eventuais prejuízos decorrentes, por conta do faltante.

### 5) DO DIREITO A PORTABILIDADE:

a) Para os beneficiários de contratação coletivo por adesão, tem direito a exercer portabilidade, desde que atendidas todas as formalidades da Resolução Normativa nº 438 e suas atualizações.

### 6) DO VÍNCULO ASSOCIATIVO DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

a) A Operadora de Plano de Saúde Humana Saúde Sul entenderá como confirmado o vínculo associativo do **beneficiário titular** pela assinatura do preposto da Contratante no Termo de Adesão firmado entre esta agremiação associativa e o **beneficiário titular**.

E, por estarem concordes nos termos acima, as partes acordantes firmam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente e assistidas pelo cadastrador.

Toledo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CAST

Assinatura e carimbo

Beneficiário Titular

