

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 o Hospital Marechal Cândido Rondon Ltda. de Marechal Cândido Rondon – PR;

2) DOS VALORES MENS AIS 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 o Hospital Marechal Cândido Rondon Ltda., ser sabedor e, concordar com os compromissos assumidos por ele quando aderente ao contrato. Declara ainda, ser sabedor que, caso a inclusão seja para alteração de plano com maior abrangência, os serviços acrescidos serão aplicadas as carências de aumento de cobertura, conforme condições do contrato que são do meu inteiro conhecimento.

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 Hospital Marechal Cândido Rondon 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 Sempre Vida 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 4 (quatro) vias de igual teor e forma, juntamente e assistidas pelo cadastrador.

Toledo, ____ de ____ de ____.

CAST_____
Beneficiário Titular

SOLICITAÇÃO - inclusão de usuários no contrato N° 99900000

Solicito a inclusão dos seguintes **usuários** no Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde firmado entre a **CAST – Caixa de Assistência dos Servidores Municipais de Toledo** e o **Hospital Marechal Cândido Rondon Ltda.** de Marechal Cândido Rondon – PR.

Nome	CPF	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

*** O nome do titular deve constar nesta tabela, quando o mesmo também estiver entrando novo.**

Por minha inteira vontade e conveniência optei pela contratação do plano, registrado na Agência Nacional de Saúde – ANS, número 482713199.

Declaro estar ciente que, no Portal do Município de Toledo www.toledo.pr.gov.br link CAST, encontrarei as informações pertinentes ao Plano de Saúde, bem como a Lei 2.182/2014.

Atendido por:

Toledo, ____ de _____ de _____.

CAST

Beneficiário Titular