

## PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Cobertura ambulatorial + hospitalar + hospitalar com obstetrícia

### PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Eu, abaixo identificado, REQUEIRO minha inscrição como associado titular e respectivos dependentes legais (núcleo familiar restrito) no Plano de Assistência Médica - PAM da Casembrapa:

#### 1. DADOS CADASTRAIS:

Matrícula (6 Dígitos):

#### 1.1 CONDIÇÃO DA INSCRIÇÃO:

Empregado em Atividade  Viúva(o) de Ex-Empregado(a)  Tutor(a) de Dependentes de Ex-Empregados

#### 1.2 ASSOCIADO TITULAR:

Nome do Proponente:

\*Nome do Associado Falecido:

Sexo: M  F  Data de Nascimento:  Lotação:

Data de Admissão:  CPF:  PIS:

Identidade:  Estado  1. Solteiro(a)  2. Casado(a)  3. Viúvo(a)

Orgão Expedidor:  Civil:  5. Divorciado(a)  4. Separado(a)  6. União Estável

Filiação - Nome do Pai:

Filiação - Nome da Mãe:

Endereço:  Número:

Complemento:  Bairro/Distrito:

CEP:  Cidade:  Estado:

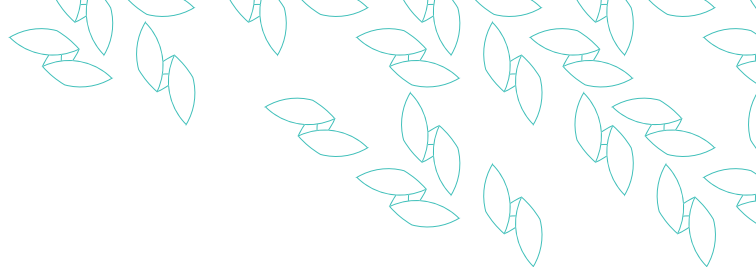
E-mail:

DDD - Telefone Residencial:

DDD - Telefone Celular:  DDD - Telefone Comercial Ramal:

#### DADOS BANCÁRIOS

Banco:  Agência:  Conta Corrente:



### 1.3 DEPENDENTES

	Nome	CPF	Sexo	EC	Dt. Nasc.	GD
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

**EC= ESTADO CIVIL** 1.solteiro(a) 2.casado(a) 3.viúvo 4.separado (a) judicialmente 5.divorciado 6.união estável

**GD = GRAU DE DEPENDÊNCIA**

- |   |   |
|---|---|
| 1 – cônjuge                             | 6 – enteado(a) inválido de qualquer idade                               |
| 2 – companheiro (a)                     | 7 – filho(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior     |
| 3 – filho(a) menor de 21 anos           | 8 – enteado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior   |
| 4 – enteado(a) menor de 21 anos         | 9 – menor sob guarda judicial   |
| 5 – filho(a) inválido de qualquer idade | 10 – tutelado(a) menor de 21  |
|   | 11 – tutelado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior |

## 2. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO, ACEITE E AUTORIZAÇÃO

### DECLARO:

- Que, ao preencher e assinar a presente Ficha de Inscrição no Plano de Assistência Médica, tomei conhecimento do Regulamento do Plano de Assistência Médica, disponível no SGP e/ou no site: [www.casembrapa.org.br](http://www.casembrapa.org.br), cujas cláusulas, condições, termos e expressões foram por mim integralmente lidos, compreendidos e aceitos, sem nenhuma restrição quanto ao seu conteúdo.
- Que as informações prestadas são verdadeira e completas, ciente da responsabilidade civil e criminal assumidas, inclusive quanto a possíveis sanções que a CASEMBRAPA passa vir a suportar decorrente da ação fiscalizadora da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ou outro órgão regulador que vier a substituí-la.
- Que estou ciente de que a cobertura assistencial oferecida pelo Plano de Assistência Médica encontra-se em conformidade com os procedimentos inscritos no Rol de Procedimentos e eventos em saúde elaborado e atualizado periodicamente pela AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.
- Que concordo contribuir com os valores estipulados pela Casembrapa para manutenção como associado.
- Que os dependentes por mim listados não poderão relacionar dependentes, com grau de dependência de 03 a 11 da tabela 1.3 (Dependentes), caso estejam casados ou que mantém companheiro (a), de acordo com o regulamento da operadora, bem como em exercício de emprego, ou que mantém estabelecimento civil e comercial.

### AUTORIZO:

- A)** A transferência de todos os meus dados cadastrais e de meus dependentes que estão armazenados no SIRH da Embrapa para a Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Casembrapa.
- B)** O desconto, quando for o caso, em folha de pagamento de benefícios da Embrapa e/ou Ceres, dos valores referentes à contribuição mensal, co-participação de demais débitos de minha responsabilidade, inclusive de meus dependentes, a favor da Casembrapa ou de operadora de plano de saúde por esta contratada, de acordo com as disposições do Estatuto e do Regulamento do Plano de Assistência Médica da Casembrapa.

Local

Data

Assinatura do proponente associado ou responsável



É necessário anexar cópia do documento que comprove o parentesco para inclusão de dependentes e cópia de RG e do CPF :

### 3. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

É necessário anexar cópia dos seguintes documentos:

Para titular:

1. Comprovante de residência;
2. Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
3. CPF.

Para dependentes:

1. Cônjuge: Certidão de Casamento, Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF;
2. Companheiro: Escritura Pública Declaratória de Convivência emitida pelo Cartório, Carteira de Identidade e CPF;
3. Filho ou enteado menor de 21 anos: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade e CPF (obrigatório para maiores de 12 anos);
4. Filho ou enteado, inválido menor de 21 anos: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e Laudos Médicos expedido por dois especialistas;
5. Filho ou Enteado, entre 21 e menor de 24 anos (estudante): Certidão de nascimento ou Carteira de Identidade, CPF, Declaração de Matrícula em um instituição reconhecida pelo MEC.
6. Menor sob guarda e responsabilidade ou tutelado: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e Termo de Guarda/Tutela concedido por decisão judicial.

#### RESERVADO À CASEMBRAPA

Proposta Aceita ( )

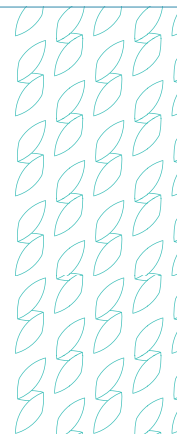
*Término da vigência conforme Regulamento do PAM, inciso II do Art. 5º.*

a) Início da Vigência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

b) Cumprimento de carência: ( ) Sim ( ) Não

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_



**CNPJ:** 08097092000181

**Razão Social:** CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 56933084

Contratação: Coletivo Empresarial

Nome comercial do Plano: Plano de Assitência da Embrapa

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Data de Registro: 28/03/2008

Abrangência Geográfica: Nacional