TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para fins que eu, _____, portador(a) do CPF nº. _____, residente e domiciliado(a) à Rua _____ (endereço completo), titular do plano, me responsabilizo junto à CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA - CASEMBRAPA, CNPJ 08.097.092/0001-81, registrada na ANS sob o nº. 41640-1, considerando a permanência como dependente universitário(a) do referido plano de saúde, o(a) Sr.(a) _____, pelo envio, até **31/08/2022**, da respectiva declaração de matrícula em curso superior reconhecido pelo Ministério da Educação, cuja data o plano estará prorrogado, sob pena de exclusão retroativa e cobrança integral da utilização indevida, conforme previsto no art. 8º, parágrafo único e art. 12, do Regulamento do Plano, o qual tenho plena ciência.

_____ , _____ de _____ de _____.

Local /Data

ASSINATURA

_____
NOME:
CPF:
TITULAR: