

# FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE

## 1. DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome do Associado:

Matrícula:  Lotação:

Endereço:  Número:

Complemento:  Bairro/Distrito:

CEP:  Cidade:  UF:

E-mail Comercial:

E-mail Pessoal:

DDD - Telefone Residencial:  Residente:  Brasil  Exterior

DDD - Telefone Celular:  DDD - Telefone Comercial Ramal:

## 2. INCLUSÃO NO PLANO

### DEPENDENTES:

<b>1.</b>			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
<b>2.</b>			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
<b>3.</b>			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
<b>4.</b>			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:

**EC- ESTADO CIVIL** 1.solteiro(a) 2.casado(a) 3.viúvo(a) 4.separado(a) judicialmente 5.divorciado(a) 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 |

### 3. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

É necessário anexar cópia dos seguintes documentos:

1. Cônjuge: Certidão de Casamento, Carteira de Identidade 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 a partir de 0 ano de idade);
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;
7. Declaração de Nascido Vivo;
8. Declaração de Saúde;
9. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

#### IMPORTANTE:

- A)** Ao uso indevido do PAM, o associado poderá ser excluído, conforme artigo 21 do Regulamento.
- B)** O associado não poderá relacionar dependentes, com grau de dependência de 03 a 11 da tabela acima, casados ou que possuam companheiro(a), de acordo com o regulamento do PAM, bem como em exercício de emprego, ou que mantenham estabelecimento civil e comercial.

### 4. CARÊNCIAS

Cumprirei o período de carência estabelecido no Regulamento da Casembrapa, à exceção dos casos de isenção previstos, conforme segue:

**4.1** Os seguintes prazos de carência deverão ser observados, contado da data de inclusão:

- I- Casos de urgência e emergência – 24 (vinte e quatro) horas corridas;
- II- Consultas – 60 (sessenta) dias corridos;
- III- Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional – 300 (trezentos) dias corridos;
- IV- Demais situações – 180 (cento e oitenta) dias corridos.

**4.2** Durante o período de cumprimento dos prazos de carência toda e qualquer utilização fora dos prazos estabelecidos será caracterizada como uso indevido e a cobrança será de 100% do valor do procedimento.

### 5. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E AUTORIZAÇÃO

#### DECLARO:

**A)** 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.

**B)** Que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente da responsabilidade civil e criminal assumidas, inclusive quanto a possíveis sanções que a Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – CASEMBRAPA possa vir a suportar decorrente da ação fiscalizadora da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ou outro órgão regulador que vier a substituí-la.

**C)** Que estou ciente de que a cobertura assistencial oferecida pelo Plano de Assistência Médica encontra-se em conformidade com os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e eventos em saúde elaborado e atualizado periodicamente pela AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.

**D)** Que concordo em contribuir com os valores estipulados pela Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – CASEMBRAPA para manutenção como associado.

**E)** Que os dependentes por mim listados não poderão relacionar dependentes, com grau de dependência de 3 a 11 da tabela (Dependentes), caso estes estejam casados e/ou que mantenham companheiro(a), e/ou estejam em exercício de emprego, e/ou que mantenham estabelecimento civil e comercial.

**F)** Que para todos os fins seu pleno consentimento com o tratamento dos seus dados informados na adesão ao plano e posteriormente, com a finalidade de manutenção de plano de saúde contratado e prestação de serviços médico-hospitalares, incluindo o compartilhamento destas informações com médicos credenciados para viabilizar o atendimento médico, bem como para fins de oferta, pela CONTRATADA ou algum de seus parceiros comerciais, de serviços ou produtos.

**G)** Que toda e qualquer solicitação de alteração, eliminação, inclusão ou demanda relativa a dados e informações do BENEFICIÁRIO deverá ser formalizada junto à CONTRATADA por escrito, inclusive a solicitação de cópia de prontuários, salvo situações de urgência ou emergência.

**H)** Meu consentimento explícito para tratamento dos dados pessoais de meus dependentes, crianças e adolescentes, fornecidos no ato desta contratação, sendo responsável por receber, solicitar e tratar sobre informações em nome do dependente, nos termos da legislação pertinente.

Declaro inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas:

Local

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Associado Titular

## RESERVADO À CASEMBRAPA

Cumprimento de carência: ( ) Sim ( ) Não

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Providenciado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**CNPJ:** 08.097.092/0001-81 **Razão Social:** CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 456.933/08-4

Contratação: Coletivo Empresarial

Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria

Data de Registro: 28/03/2008

Abrangência Geográfica: Nacional