

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO OBRIGATÓRIO

Nº _____

BENEFICIÁRIO TITULAR:Nome Civil Completo: Nome Social: Matrícula Funcional: Data de Admissão: Nº Benefício Aposentadoria: Data da Aposentadoria: Nacionalidade: Cidade de Nascimento: UF: Data de Nascimento: Nº Cartão Nacional de Saúde: RG: Órgão Emissor: Data de Expedição: CPF: Sexo Biológico: ☐ Feminino ☐ MasculinoIdentidade de Gênero: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ Travesti ☐ TransgêneroEndereço: Número: Complemento: Bairro/Distrito: CEP: Cidade: UF: Telefone: () () E-mail: Nome da Mãe: Nome do Pai: Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável
☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a)**DADOS BANCÁRIOS**Banco: Agência: Número da Conta: **FORMA DE PAGAMENTO DO PLANO:**☐ Folha de Pagamento ☐ Boleto Bancário ☐ Ceres nº _____

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

Nome Civil Completo:

Nome Social:

Nacionalidade: Cidade de Nascimento: UF:

RG: Órgão Emissor: Data de Expedição:

CPF: Sexo Biológico: ☐ Feminino ☐ Masculino

Data de Nascimento: Nº Cartão Nacional de Saúde:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Endereço: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

CEP: Cidade: UF:

Telefone: () () ()

E-mail:

Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável
☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a)

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

Nome Civil Completo:

Nome Social:

Nacionalidade: Cidade de Nascimento: UF:

RG: Órgão Emissor: Data de Expedição:

CPF: Sexo Biológico: ☐ Feminino ☐ Masculino

Data de Nascimento: Nº Cartão Nacional de Saúde:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Endereço: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

CEP: Cidade: UF:

Telefone: () () ()

E-mail:

Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável
☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a)

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

Nome Civil Completo:			
Nome Social:			
Nacionalidade:	Cidade de Nascimento:	UF:	
RG:	Orgão Emissor:	Data de Expedição:	
CPF:	Sexo Biológico: ☐ Feminino ☐ Masculino		
Data de Nascimento:	Nº Cartão Nacional de Saúde:		
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Endereço:			Número:
Complemento:	Bairro/Distrito:		
CEP:	Cidade:	UF:	
Telefone:	()	()	()
E-mail:			
Estado Civil:	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a)		

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

Nome Civil Completo:			
Nome Social:			
Nacionalidade:	Cidade de Nascimento:	UF:	
RG:	Orgão Emissor:	Data de Expedição:	
CPF:	Sexo Biológico: ☐ Feminino ☐ Masculino		
Data de Nascimento:	Nº Cartão Nacional de Saúde:		
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Endereço:			Número:
Complemento:	Bairro/Distrito:		
CEP:	Cidade:	UF:	
Telefone:	()	()	()
E-mail:			
Estado Civil:	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a)		

TERMOS E CONDIÇÕES

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais que:

I. Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo a Casembrapa responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou incompleto.

II. Estou ciente que o meu benefício cessará, quando eu for admitido em novo emprego, por inadimplência, fraude ou quando o dependente de 21 anos, não estiver devidamente matriculado em curso superior ou atingiu a idade limite, 24 anos, de permanência no plano de saúde, conforme Art. 8 e 21 do Regulamento Interno da Casembrapa. Portanto, fico ciente que devo informar à Casembrapa caso ocorra uma das situações elencadas acima.

III. Autorizo a Casembrapa a utilizar os dados pessoais constantes neste formulário, referente à minha participação no plano de saúde, conforme preconiza a Lei nº 13.709/2018 - LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

IV. Concordo em receber de forma gratuita, através dos canais de comunicação (SMS, E-mail e outros), informações e novidades, sobre os serviços prestados por esta Operadora.

☐

Sim, gostaria de receber

☐

Não gostaria de receber

Informamos que é necessário encaminhar junto a este formulário os documentos que deem legitimidade sobre as informações prestadas, sendo eles: comprovante de residência, RG, CPF, certidão de casamento (se houver alteração no nome) e comprovante do número da conta bancária.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Data: ____/____/____

Local: _____

Assinatura do Titular Responsável

ASSINATURA DA CASEMBRAPA

Data: ____/____/____

Local: _____

Assinatura do Empregado do Plano

HOMOLOGAÇÃO DA ANALISTA DE CADASTRO (CADASTRO/GERES)

Data: ____/____/____

Local: _____

Assinatura e Carimbo da Casembrapa: _____

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

Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa

Data de Registro: 28/03/2008

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Nacional