

Termo de responsabilidade regulamentar

Na qualidade de associado(a) titular do Plano de Assistência Médica dos Empregados da Embrapa, sob gestão da Casembrapa, DECLARO ter pleno conhecimento e ACEITO, sem restrições, as condições estabelecidas no Regulamento do Plano, para permanência de dependentes no plano, a saber.

Conforme Art. 8º, inciso II § 10º – A condição do estado de invalidez prevista na alínea “c” do inciso I deste Artigo deverá ser comprovada mediante apresentação de Laudo Médico expedido por 2 (dois) especialistas, caso já não tenha sido comprovado na Embrapa ou Casembrapa.

Conforme Art. 8º, inciso II, § 11º – O cônjuge, ou companheiro(a), que se separar do associado titular perde a condição de associado dependente a partir da data efetiva de separação de corpos.

Conforme Art. 8º, inciso II, § 12º Para comprovação da condição de dependente estudante, deverá o Beneficiário apresentar declaração de matrícula em instituição de ensino, renovada semestralmente.

Art. 12 – Caberá ao associado titular comunicar – de imediato – à respectiva empresa, qualquer alteração de dados pessoais dele e/ou de seus dependentes que determine a perda da condição de beneficiário do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Primeiro - Durante o exercício do direito de manutenção previsto neste Regulamento, a comunicação de que trata o caput deve ser realizada diretamente à Casembrapa.

Na hipótese de não atender ao disposto neste Termo, tenho ciência que, além da perda imediata da condição de beneficiário do Plano, serão cobradas, integralmente, a patronal e as despesas médicas porventura realizadas pelo(a) dependente, sem prejuízo de aplicação, por parte da Casembrapa, das penalidades previstas no Regulamento, já de meu conhecimento.

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.

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.



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 para fins de direito, que as informações prestadas para o cadastramento, são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.