

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

1. DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome do Associado:	<input type="text"/>		
Matrícula:	<input type="text"/>	Lotação:	<input type="text"/>
Endereço:	<input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	Bairro/Distrito:	<input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>	Cidade:	<input type="text"/>
		UF:	<input type="text"/>
E-mail Comercial:	<input type="text"/>		
E-mail Pessoal:	<input type="text"/>		
DDD - Telefone Residencial:	<input type="text"/>		
DDD - Telefone Celular:	<input type="text"/>	DDD - Telefone Comercial Ramal:	<input type="text"/>

2. EXCLUSÃO NO PLANO DEPENDENTES:

1.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
2.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
3.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
4.			
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
- 2 – companheiro (a)
- 3 – filho(a) menor de 21 anos
- 4 – enteado(a) menor de 21 anos
- 5 – filho(a) inválido de qualquer idade

- 6 – enteado(a) inválido de qualquer idade
- 7 – filho(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior
- 8 – enteado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior
- 9 – menor sob guarda judicial
- 10 – tutelado(a) menor de 21
- 11 – tutelado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior

*Em caso de separação, encaminhar o comprovante da dissolução e/ou divórcio.
Em caso de morte, encaminhar a Certidão de Óbito.*

IMPORTANTE:

1. É de responsabilidade do titular associado o uso indevido do Plano e de Despesas Assistenciais após a exclusão do Plano.
2. Conforme o artigo 26 do Regulamento, nos casos de exclusão de dependentes, o associado titular obriga-se a devolver, à Casembrapa, as respectivas carteiras de identificação, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes à indevida utilização das coberturas assistenciais.

☐ Declaro inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas:

Local

Data

Assinatura do Associado Titular

RESERVADO À CASEMBRAPA

Recebido em: ____/____/____

Providenciado em ____/____/____

Horário: ____:____

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

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