

TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO - VIÚVO (A)

Requeiro minha manutenção como associado titular e/ou respectivos dependentes legais (núcleo familiar restrito) no Plano de Assistência Médica - PAM da Casembrapa:

1. DADOS CADASTRAIS:

☐ Viúva(o) de Ex-Empregado(a)

☐ Tutor(a) de Dependentes de Ex-Empregados

*Nome do Associado Falecido:

Matrícula (6 Dígitos):

Nome do Proponente:

Sexo: M ☐ F ☐

Lotação:

Data de Nascimento:

CPF:

PIS:

Identidade:

Estado
Civil:

☐ 1. Solteiro(a)

☐ 2. Casado(a)

☐ 3. Viúvo(a)

Órgão Expedidor:

☐ 4. Separado(a)

☐ 5. Divorciado(a)

☐ 6. União Estável

Filiação - Nome do Pai:

Filiação - Nome da Mãe:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro/Distrito:

CEP:

Cidade:

UF:

E-mail Comercial:

E-mail Pessoal:

DDD - Telefone Residencial:

DDD - Telefone Celular:

DDD - Telefone Comercial Ramal:

DADOS BANCÁRIOS

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

1.1 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 4.separado(a) judicialmente 5.divorciado(a) 6.união estável

GD = GRAU DE DEPENDÊNCIA

- | | |
|---|--|
| 1 – filho(a) menor de 21 anos | 6 – enteado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior |
| 2 – enteado(a) menor de 21 anos | 7 – menor sob guarda judicial |
| 3 – filho(a) inválido de qualquer idade | 8 – tutelado(a) menor de 21 |
| 4 – enteado(a) inválido de qualquer idade | 9 – tutelado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior |
| 5 – filho(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior | |

2. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

É necessário anexar cópia dos seguintes documentos:

Para titular:

1. Comprovante de Residência;
2. Carteira de Identidade;
3. CPF;
4. Certidão de Casamento ou União Estável;
5. Certidão de Óbito;
6. Declaração de Saúde.

Para dependentes:

1. Filho ou enteado menor de 21 anos: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade e CPF (obrigatório a partir de 0 ano de idade);
2. Filho ou enteado, inválido menor de 21 anos: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e Laudos Médicos expedido por dois especialistas;
3. 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.
4. Menor sob guarda e responsabilidade ou tutelado: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e Termo de Guarda/Tutela concedido por decisão judicial.

3. 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, 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.

AUTORIZO:

J) O desconto, quando for o caso, em folha Ceres ou pagamento em boleto dos valores referentes à contribuição mensal, coparticipação de demais débitos de minha responsabilidade, inclusive de meus dependentes, a favor da CASEMBRAPA ou de operadora de plano de saúde por esta contratada, de acordo com as disposições do Estatuto e do Regulamento do Plano de Assistência Médica da Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – CASEMBRAPA.

☐ Ceres (Matrícula: _____)

☐ Boleto Bancário

- ☐ Afirmo que, na presente data, recebi desta Operadora todas as informações necessárias para a obtenção do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e do Guia de Leitura Contratual – GLC, ambos disponíveis por meio de mídia digital através do endereço <https://casembrapa.com.br/public/beneficiarios>.
- ☐ Declaro que li e estou de acordo com as regras de reinscrição aqui descritas.

Local

Data

Assinatura do proponente associado ou responsável**RESERVADO À CASEMBRAPA**

a) Início da Vigência: ____/____/____ Data: ____/____/____

b) Cumprimento de carência: () Sim () Não

Assinatura e Carimbo: _____

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