

Classificação da Informação: () Público | () Interno | (X) Sigiloso reservado | () Sigiloso secreto

TERMO DE COMPROMISSO

Inclusão de Dependentes Maiores de 21 anos

1. DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:

1.1 Nome do Beneficiário: 1.2 Matrícula Funcional: 1.3 Lotação:

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 inclusão ou permanência de dependentes diretos na qualidade de beneficiário universitário com idade entre **21 E 24 ANOS**, a saber:

1) Conforme disposto no Artigo 8º e Parágrafo Único, anexo a declaração de matrícula de meu(minha) dependente direto(a) realizado em instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC;

2) Conforme disposto no Artigo 6º, alíneas “d” e “f”, declaro que meu/minha dependente possui menos de 24 anos de idade;

3) Na hipótese do(a) meu/minha dependente concluir o curso antes de completar 24 anos de idade, comunicarei formal e imediatamente à Casembrapa, por meio de formulário próprio, a exclusão do dependente, bem como devolverei as carteiras do Plano;

4) Na hipótese do(a) meu/minha dependente trancar a matrícula ou desistir do curso, comunicarei imediatamente à Casembrapa, por meio de formulário próprio, para exclusão do(a) dependente, bem como devolverei as carteiras. Na hipótese de reingresso, deverei firmar novo Termo de Compromisso, bem como anexar declaração de matrícula;

5) Após a conclusão do curso, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, encaminharei declaração da instituição de ensino descrevendo os períodos cursados e a data efetiva da conclusão;

6) 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, as despesas porventura realizadas pelo(a) dependente, sem prejuízo de aplicação, por parte da Casembrapa, das penalidades previstas no Regulamento, já de meu conhecimento.

Anexar: cópia de RG e CPF do dependente.

2. DADOS DO DEPENDENTE E DO CURSO

2.1 Nome Completo (sem abreviatura): 2.2 CPF: 2.3 Instituição: 2.4 Data prevista para conclusão:

_____, de _____ de _____
Local Data Assinatura do Titular