

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

**FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL****Nº** \_\_\_\_\_**BENEFICIÁRIO TITULAR:**Matrícula Funcional:  Data de Admissão: Nome Civil Completo: Nome Social: Nacionalidade:  Cidade de Nascimento:  UF: Data de Nascimento:  CNS - 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:  CNS - 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) ☐ Divorciado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável ☐ 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:  CNS - 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) ☐ Divorciado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável ☐ 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:  CNS - 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) ☐ Divorciado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável ☐ 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:  CNS - 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) ☐ Divorciado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ União Estável ☐ 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. 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).

III. 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: \_\_\_\_\_

**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