

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

1. DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome do Associado:

Matrícula: Lotação:

Endereço: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

CEP: Cidade: UF:

E-mail Comercial:

E-mail Pessoal:

DDD - Telefone Residencial:

DDD - Telefone Celular: DDD - Telefone Comercial Ramal:

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 | 6 – enteado(a) inválido de qualquer idade |
| 2 – companheiro (a) | 7 – filho(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior |
| 3 – filho(a) menor de 21 anos | 8 – enteado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior |
| 4 – enteado(a) menor de 21 anos | 9 – menor sob guarda judicial |
| 5 – filho(a) inválido de qualquer idade | 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.
3. Tenho ciência de que os meus dados pessoais e/ou sensíveis, assim como o de meu(s) dependente(s), serão tratados enquanto houver necessidade, principalmente até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a CASEMBRAPA mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente. Maiores detalhes sobre o tratamento de dados no decorrer da relação entre a CASEMBRAPA e o(a) Beneficiário(a) estão em nosso Aviso de Privacidade no site www.casembrapa.org.br.

☐ 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