

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

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

1. DADOS CADASTRAIS:

Nome do Associado:			
Sexo: M ☐ F ☐	Data de Nascimento:	Matrícula:	
Data de Admissão:	CPF:	PIS:	
Identidade:	Estado Civil:	☐ 1. Solteiro(a) ☐ 2. Casado(a) ☐ 3. Viúvo(a) ☐ 5. Divorciado(a) ☐ 4. Separado(a) ☐ 6. União Estável	
Órgão Expedidor:			
Filiação - Nome da Mãe:			
Endereço:	Número:		
Complemento:	Bairro/Distrito:		
CEP:	Cidade:	UF:	
E-mail Comercial:			
E-mail Pessoal:			
DDD - Telefone Residencial:	Residente:	☐ Brasil ☐ Exterior	
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:
E-mail:		Telefone:	
2.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
E-mail:		Telefone:	

3.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
E-mail:		Telefone:	
4.			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	EC:	GD:
E-mail:		Telefone:	

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 |

2. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

É necessário anexar cópia dos seguintes documentos:

Para titular:

1. Comprovante de Residência;
2. Carteira de Identidade;
3. CPF;
4. Declaração de Saúde.

Para dependentes:

1. Cônjuge: Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
2. Companheiro: Escritura Pública Declaratória de Convivência emitida pelo Cartório, Carteira de Identidade e CPF.
3. Filho ou enteado menor de 21 anos: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade e CPF (obrigatório a partir de 0 ano de idade);
4. Filho ou enteado, inválido menor de 21 anos: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e Laudos Médicos expedido por dois especialistas;
5. 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;
6. Menor sob guarda e responsabilidade ou tutelado: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e Termo de Guarda/Tutela concedido por decisão judicial;
7. Declaração de Nascido Vivo;
8. Declaração de Saúde.

3. REGRAS PARA INSCRIÇÃO

Declaro que:

1. As informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente da responsabilidade civil e criminal assumidas.
2. Estou ciente de que a cobertura assistencial oferecida pelo PAM encontra-se em conformidade com os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e eventos em saúde elaborado e autorizado periodicamente pela AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS.

3. Cumprirei o período de carência estabelecido no Regulamento Casembrapa, à exceção dos casos de isenção previstos, conforme se segue:

3.1 Os seguintes prazos de carências deverão ser observados, contados da data de inclusão:

- I-** Casos de urgência e emergência – 24 (vinte e quatro) horas corridas;
- II-** Consultas – 60 (sessenta) dias corridos;
- III-** Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional – 300 (trezentos) dias corridos;
- IV-** Demais situações – 180 (cento e oitenta) dias corridos.

3.2 Durante o período de cumprimento dos prazos de carência toda e qualquer utilização fora dos prazos estabelecidos será caracterizada como uso indevido e a cobrança será de 100% do valor do procedimento.

4. 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.

Art. 1º - Conforme definido pelo Conselho de Administração da Casembrapa, os montantes de contribuição mensal e de coparticipação previstos no Capítulo XIV – Das participações nas despesas e no Capítulo XV – Das contribuições e das formas de pagamento do Regulamento passam a vigorar conforme abaixo segue:

I- Contribuição mensal:

- a) Contribuição mensal do associado ativo: 6,86% (seis inteiros e oitenta e seis centésimos por cento) do salário-base / por grupo familiar;
- b) Contribuição mensal da Patrocinadora para os associados ativos e seus dependentes: R\$ 476,41 (quatrocentos e setenta e seis reais e quarenta e um centavo) per capita; e
- c) Contribuição mensal do associado assistido (ex-empregado, empregado com contrato de trabalho suspenso e dependente mantido no plano de saúde após o óbito do titular): 6,86% (seis inteiros e oitenta e seis centésimos por cento) do salário-base / por grupo familiar acrescida da parcela de responsabilidade da Patrocinadora / per capita.

II- Além da contribuição mensal de que trata o inciso I, será devida coparticipação na utilização dos serviços pelos beneficiários nos seguintes termos:

- a) Consultas, exames, terapias e quaisquer procedimentos e eventos ambulatoriais, inclusive quando realizados em ambiente hospitalar mas que integram a segmentação ambulatorial pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado ao teto de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) por evento;
- b) Internação, exceto psiquiátrica: valor único de R\$ 272,50 (duzentos e setenta e dois reais e cinquenta centavos), por internação;

c) Hospital-dia: R\$ 272,50 (duzentos e setenta e dois reais e cinquenta centavos), limitado a 30% (trinta por cento) do custo final do atendimento;

d) Internação psiquiátrica: 30% (trinta por cento) dos custos, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência da adesão do beneficiário, não cumulativos. §1º - A coparticipação de 30% (trinta por cento) de que trata a alínea "a" será devida por todo e qualquer serviço coberto por este Regulamento e que se enquadre na 39 segmentação ambulatorial prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou aqueles que não se enquadrarem nas alíneas seguintes.

§2º - Não haverá cobrança de coparticipação nos procedimentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise realizados em ambiente ambulatorial.

§3º - Exclusivamente para fins de cobrança, o desconto mensal da coparticipação não poderá exceder a 20% (vinte por cento) do salário-base do empregado no mês do desconto, ficando o débito remanescente para desconto nos meses subsequentes. §4º - No caso de ex-empregado e de responsável financeiro, será considerado como salário-base, para cálculo do limite previsto no parágrafo precedente, a referência salarial a que se encontrava enquadrado o ex-empregado da Patrocinadora na época do seu desligamento ou falecimento, devidamente atualizado, anualmente, pelos índices de correção salarial das respectivas Patrocinadoras. Art. 2º - Anualmente, será realizada a avaliação atuarial do Plano, que poderá indicar a necessidade de revisão de seu custeio, inclusive com a aplicação de reajustes técnicos atuariais nas contribuições mensais e nas coparticipações.

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 tenho total ciência que os meus dados pessoais e/ou sensíveis, assim como o do(s) meu(s) dependente(s), serão tratados pela CASEMBRAPA, por seus conselheiros, diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, agências reguladoras, entidades governamentais ou não governamentais, conforme a finalidade e necessidade, com o objetivo principal de prestação de serviços de saúde e assistência à saúde, além do atendimento às normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de outros órgãos reguladores e ao Regulamento do Plano.

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) Ter 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.

I) Ter ciência de que, nos termos do artigo 18 da LGPD e observada a legislação/regulação vigente, eu, na qualidade de titular dos dados pessoais tenho direito a(o): i) confirmação da existência de tratamento; ii) acesso aos dados; iii) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; iv) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na LGPD; v) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; vi) eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da LGPD; vii) informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; viii) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; ix) revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da LGPD.

Tais direitos poderão ser exercidos pessoalmente, na sede da CASEMBRAPA, ou por e-mail no endereço eletrônico dpo@casembrapa.org.br.

AUTORIZO:

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

☐ SIGEPE☐ 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 Associado Titular

RESERVADO À CASEMBRAPA

Cumprimento de carência: () Sim () Não

Recebido em: ____/____/____

Providenciado em ____/____/____

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

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DOS VALORES REFERENTES AO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA CASEMBRAPA

Eu, _____, **funcionário registrado sob o nº _____, AUTORIZO a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA A DESCONTAR DO MEU SALÁRIO MENSAL**, todas as despesas, seja com contribuição mensal, seja com a coparticipação, referentes a mim e meus dependentes referentes a utilização do Plano de Assistência Médica da Caixa de Assistência dos Empregados da EMBRAPA – CASEMBRAPA.

Declaro estar ciente que no caso de ausência de margem para desconto em folha, deverei realizar o pagamento dos valores devidos a CASEMBRAPA pelos meios dispostos no Regulamento do Plano de Assistência à Saúde da CASEMBRAPA e que, para tanto, devo entrar em contato, imediatamente, com essa para regularização quanto a forma dos pagamentos.

Manifesto total ciência quanto ao disposto no Regulamento do Plano de Assistência à Saúde da CASEMBRAPA, em especial quanto as formas de pagamentos, consequências quanto a eventuais ausência de pagamento dos valores afetos ao plano, critérios de atualização dos valores afetos ao plano e obrigação de comunicação de alteração das condições pessoais minhas e de meus dependentes.

Declaro estar ciente de que a presente declaração se dá por prazo indeterminando.

Por todo o exposto, assino de livre e espontânea vontade a presente autorização, para que produza os efeitos jurídicos necessários.

Local

Data

Assinatura do Associado Titular

RG nº: _____

CPF nº: _____

Nº de Matrícula: _____