



FORMULÁRIO DE REINSCRIÇÃO

1. Identificação do Associado Titular

Nome do Associado:
(completo e sem abreviações)

Matrícula: Lotação:

CPF: Estado Civil:

Data de Nascimento: Sexo:

Nome da Mãe:
(completo e sem abreviações)

2. Dados para Comunicação com o Associado Titular

Logradouro: Número:

Complemento:

Bairro: CEP:

Cidade: UF:

E-mail:

Celular: Tel. Comercial:

Telefone Fixo:

3. Dados Bancários (caso de ressarcimento ou reembolso)

Banco:

Agência: Conta: Tipo de Conta:



4. Dependentes

	Nome	CPF	Sexo	EC	Dt. Nasc.	GD
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

EC = ESTADO CIVIL 1.solteiro(a) 2.casado(a) 3.separado(a) 4.divorciado(a) 5.união estável 6.viúvo(a)

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 - Universitários |
| 3 - filho(a) menor de 21 anos | 8 - enteado(a) entre 21 e menor de 24 anos - Universitários |
| 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 - Universitários |

5. Regras para Reinscrição

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. Fui devidamente informado que a reinscrição no PAM Casembrapa só poderá ser solicitada uma vez, desde que a manifestação seja dentro do período de até 12 meses da data de exclusão, conforme previsto no Regulamento da Casembrapa.

4. Estou ciente que para retornar ao PAM irei realizar o pagamento mensal de jóia no valor da contribuição atual por período equivalente àquele da exclusão, limitado a 12 meses de pagamento e cumprirei o período de carência estabelecido no Regulamento Casembrapa, conforme se segue:

4.1 Os seguintes prazos de carências deverão ser observados , contados da data de reinclusão:

- I** - atendimento de urgência / emergência: 24 horas;
- II** - consultas médicas: 60 dias;
- III** - demais procedimentos médico, cirúrgicos e hospitalares: 120 dias.

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

5. Concordo com os termos estabelecidos no Regulamento e Estatuto da Casembrapa.



6. Documentos Comprobatórios

É necessário anexar cópia dos seguintes documentos:

Para titular:

1. Comprovante de residência;
2. Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
3. CPF .

Para dependentes:

1. Cônjuge: Certidão de Casamento, Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento 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 para maiores de 18 anos);
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.

Declaro que li e estou de acordo com as regras de reinscrição aqui descritas.

Local

Data

Assinatura do Associado Titular

RESERVADO À CASEMBRAPA

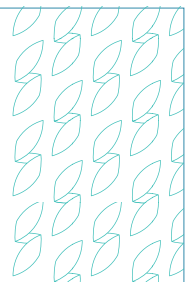
Término do período de carência (___/___/___)

Recebido em: ___/___/___

Assinatura: _____

Providenciado em: ___/___/___

Assinatura: _____



CNPJ: 08097092000181

Razão Social: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 56933084

Nome comercial do Plano: Plano de Assitência da Embrapa

Data de Registro: 28/03/2008

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Nacional