



INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

O nome do associado titular e dos dependentes devem ser completos e não pode ser abreviados

1. DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome do Associado:	Matrícula:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lotação:	E-mail:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Endereço:	Número:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Complemento:	Bairro:	CEP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Município:	Cidade:	UF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DDD e Telefone Residencial:	DDD e Telefone Celular:	DDD e Telefone Comercial/Ramal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. SERVIÇO SOLICITADO

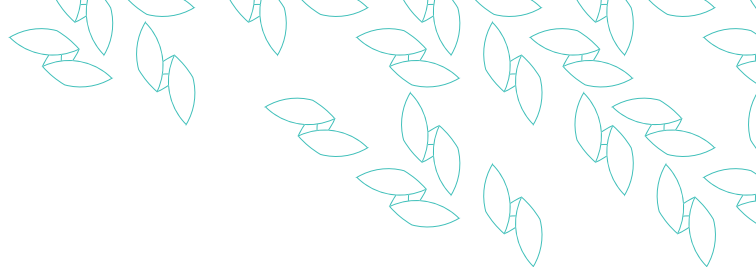
Inclusão no Plano Exclusão no Plano (devolver carteirinhas)

Nome Completo	CPF	Dt. Nasc.	Sexo	GD*
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*GD: Grau de Dependência

- 1 - cônjuge
- 2 - companheiro (a)
- 3 - filho(a) menor de 21 anos
- 4 - enteado(a) menor de 21 anos
- 5 - filho(a) inválido de qualquer idade

- 6 - enteado(a) inválido de qualquer idade
- 7 - filho(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior
- 8 - enteado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior
- 9 - menor sob guarda judicial
- 10 - tutelado(a) menor de 21
- 11 - tutelado(a) entre 21 e menor de 24 anos - cursando ensino superior



É necessário anexar cópia do documento que comprove o parentesco para inclusão de dependentes e cópia de Rg edo cartão do CPF:

Cônjuge: certidão de casamento;

Companheiro(a): carteira de identidade e comprovante e coabitação domiciliar por período igual ou superior a 2(dois) anos, mediante Escritura Pública Declaratória de Convivência firmado pelo associado em Cartório;

Filho(a) ou enteado(a), menor de 21 anos: certidão de nascimento ou carteira de identidade;

Filho(a) ou enteado(a), inválido de qualquer idade: certidão de nascimento ou carteira de identidade e laudo médico expedido por 2(dois) especialistas ou comprovante de auxílio excepcionalidade emitido pela Embrapa.

Filho(a) ou enteado(a), entre 21 e menor de 24 anos, que esteja cursando ensino superior: certidão de nascimento ou carteira de identidade e declaração da instituição de ensino comprovando a condição de estudante semestralmente;

Menor sob guarda e responsabilidade ou tutelado: certidão de nascimento ou carteira de identidade e comprovante da guarda/responsabilidade ou tutela concedido por decisão judicial.

IMPORTANTE:

1. É de responsabilidade do titular associado o uso indevido do Plano e de Despesas Assistenciais após a devolução da carteiras.
2. Ao uso indevido do PAM, o associado poderá ser suspenso ou excluído, conforme artigo 9º do Regulamento.
3. O associado não poderá relacionar dependentes, com grau de dependência de 03 a 11 da tabela acima, casados ou que possuem companheiro(a), de acordo com o regulamento do PAM, bem como em exercício de emprego, ou que mantém estabelecimento civil e comercial.

Declaro inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas:

Local

Data

Assinatura do Associado Titular

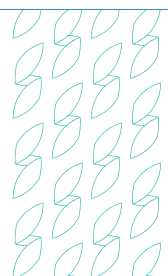
RESERVADO À CASEMBRAPA

Recebido em: ___/___/___

Providenciado em: ___/___/___

Assinatura: _____

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