

FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Nº _____

BENEFICIÁRIO TITULAR:Matrícula Funcional: Data de Admissão: Nome Civil Completo: Nome Social: Nacionalidade: Cidade de Nascimento: UF: RG: Orgão Emissor: Data de Expedição: CPF: Sexo Biológico: Feminino Masculino Sem InformaçãoIdentidade de Gênero: Feminino Masculino Transexual Travesti Transgênero Sem InformaçãoCNS - Cartão Nacional de Saúde: Endereço: 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: Orgão Emissor: Data de Expedição:

CPF: Sexo Biológico: Feminino Masculino Sem Informação

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

CNS - Cartão Nacional de Saúde:

Endereço: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

CEP: Cidade: UF:

Telefone: () () ()

E-mail:

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Desquitado(a) União Estável
 Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

Nome Civil Completo:

Nome Social:

Nacionalidade: Cidade de Nascimento: UF:

RG: Orgão Emissor: Data de Expedição:

CPF: Sexo Biológico: Feminino Masculino Sem Informação

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

CNS - Cartão Nacional de Saúde:

Endereço: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

CEP: Cidade: UF:

Telefone: () () ()

E-mail:

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Desquitado(a) União Estável
 Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

Nome Civil Completo:

Nome Social:

Nacionalidade: Cidade de Nascimento: UF:

RG: Orgão Emissor: Data de Expedição:

CPF: Sexo Biológico: Feminino Masculino Sem Informação

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

CNS - Cartão Nacional de Saúde:

Endereço: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

CEP: Cidade: UF:

Telefone: () () ()

E-mail:

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Desquitado(a) União Estável
 Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

Nome Civil Completo:

Nome Social:

Nacionalidade: Cidade de Nascimento: UF:

RG: Orgão Emissor: Data de Expedição:

CPF: Sexo Biológico: Feminino Masculino Sem Informação

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

CNS - Cartão Nacional de Saúde:

Endereço: Número:

Complemento: Bairro/Distrito:

CEP: Cidade: UF:

Telefone: () () ()

E-mail:

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Desquitado(a) União Estável
 Divorciado(a) 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

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