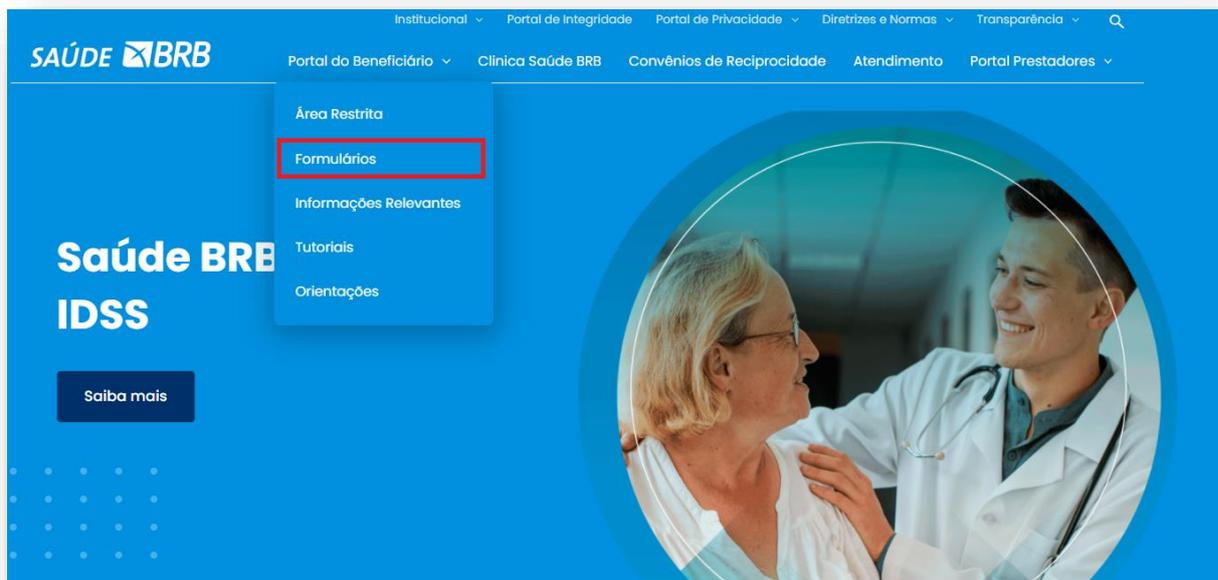


TUTORIAL

ADESÃO AO PLANO A-1

1. Acesse o site www.saudebrb.com.br; No menu Portal do Beneficiário clique em Formulários.



2. Identifique o campo do Termo de Adesão ao Plano A-1 e clique no ícone  para visualizar o documento.



3. Preencha, date e assine o formulário.

| Termo de Adesão Plano de Saúde | | | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|------------|-----------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| 1. Beneficiário | | | | | | | |
| Nome | | Nº de Inscrição | | Data de Inscrição | | | |
| Matrícula | | Lotação | | Data de Admissão | | | |
| Endereço (Logradouro, Bairro, Complemento, etc) | | | | Cidade | | | |
| UF | CEP | Telefones | | Vista de Nascimento | | | |
| Sexo | Estado Civil | CPF | | Atividade Profissional (Ocupação) | | | |
| Tipo de Documento | | Número do Documento | | Grupo Emissor/UF | | Data de Emissão | |
| E-Mail | | Banco | | Agência | | Conta Corrente | |
| Filiação | | Pac. | | | | | |
| 2. Dependentes (utilize os códigos do item 3 para preencher os dados de seus dependentes) | | | | | | | |
| Nome | | CPF | Data Nasc. | Sexo | Est. Civil | Parentesco | Tipo Dep. |
| | | | | | | | |
| 3. Instruções para Preenchimento | | | | | | | |
| Sexo | Estado Civil | Tipo de Dependente | | Grupos de Parentesco | | | |
| 01 - Masculino | 01 - Solteiro | 01 - Direto | | 01 - Cônjuge | | | |
| 02 - Feminino | 02 - Casado | | | 02 - Companheiro(a) | | | |
| | 03 - Sep. Judicial | | | 03 - Filho(a) | | | |
| | 04 - Viúvo | | | 04 - Filha(o)neto(a) | | | |
| | 05 - Divorçado | | | 05 - Entead(o) | | | |
| | | | | 06 - Menor à guarda | | | |
| 4. Termos do Requerimento | | | | | | | |
| <p>Declaro, para os devidos fins, que recebi, em sua íntegra, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), conforme exigência prevista na Resolução Normativa nº 195, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Declaro, ainda, que li e compreendi o conteúdo do documento acima indicado, antes de formalizar este Termo de Adesão. Ademais, faço-me esclarecido que o conhecimento do MPS não substitui a leitura do Regulamento do Plano A-1, disponibilizado no site de Saúde BRB: http://www.saudebrb.com.br/.</p> <p>Tenho ciência de que informações complementares, referentes à contratação do Plano de Saúde A-1, poderão ser obtidas junto à Saúde BRB, inclusive por meio do telefone (61) 3325-1666, ou, ainda, perante a ANS, por meio do site http://www.ans.gov.br/, ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656). Por este Termo, autorizo a SAÚDE BRB - Caixa de Assistência, uma vez aprovada minha adesão, a descontar em folha de pagamento ou debitar em minha conta-corrente as contribuições e participações (percentual sobre a utilização do Plano de Saúde) e demais despesas por mim e meus dependentes efetuadas junto a essa Caixa de Assistência, inclusive após o meu desligamento do Plano, que não me desonora, nem a meus dependentes, dos débitos das coparticipações e contribuições devidas até a data da exclusão, ainda que não processadas.</p> | | | | | | | |
| Data: ___/___/___ | | Assinatura: _____ | | | | | |
| 5. Deferimento da Saúde BRB - Caixa de Assistência | | | | | | | |
| [Sim] [Não] | | Data: ___/___/___ | | Assinatura: _____ | | | |
| Observações: _____ | | | | | | | |
| Obs.: Apresentar, juntamente com este Termo, cópias dos documentos comprobatórios dos Dependentes (Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento) | | | | | | | |

No caso de assinaturas digitais, somente serão aceitas as assinaturas com validade nacional.

Em caso de dúvida entre em contato com nossa Central de Atendimento pelos números:

(61) 3325-1666 - Distrito Federal

0800 061 0466 - Outras Localidades

4. Reúna a documentação necessária conforme o quadro abaixo.

| TITULAR | CÔNJUGE | COMPANHEIRO | FILHOS MENORES QUE 21 ANOS | ENTEADOS MENOR QUE 21 ANOS | FILHOS ENTRE 21 E 24 ANOS | ENTEADOS ENTRE 21 E 24 ANOS | MENOR SOB GUARDA |
|-------------------------------------|----------------------------|---|----------------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------------|
| CPF | CPF | CPF | CPF | CPF | CPF | CPF | CPF |
| Documento de identificação | Documento de identificação | Documento de identificação | Documento de identificação | Documento de identificação | Documento de identificação | Documento de identificação | Documento de identificação |
| Comprovante de vínculo empregatício | Certidão de Casamento | Escritura Pública Declaratória de União Estável | Certidão de Nascimento | Certidão de Nascimento | Declaração de Dependência Econômica | Declaração de Dependência Econômica | Certidão de Nascimento |
| Comprovante de Residência | - | - | - | Declaração IRPF do beneficiário titular, em que conste o enteado | - | Declaração IRPF do beneficiário titular, em que conste o enteado | - |

5. Entregue as documentações na Sede da Saúde BRB. Também é possível fazer o envio por malote ou por e-mail (ressaltamos que no caso do e-mail a assinatura deve ser digital e com validade nacional).

Estamos atendendo no Edifício Centro Empresarial CNC, Setor de Autarquias Norte, Quadra 05, Lote C, Torre B, 3º Andar Brasília - DF - CEP 70.040-250

saudebrb@saudebrb.com.br

(61) 3035-9400

Atendimento: 2ª a 6ª | 8h - 18h

LINKS ÚTEIS

Formulários da Saúde BRB

<https://saudebrb.com.br/formularios/>

Regulamento do Plano A-1

<https://saudebrb.com.br/diretrizes-e-normas/regulamento-plano-a-1/>

Informações Relevante, nesta página contém o Guia de Leitura Contratual e o Tipos De Contratação De Planos Privados De Saúde além de outros documentos.

<https://saudebrb.com.br/informacoes-relevantes/>