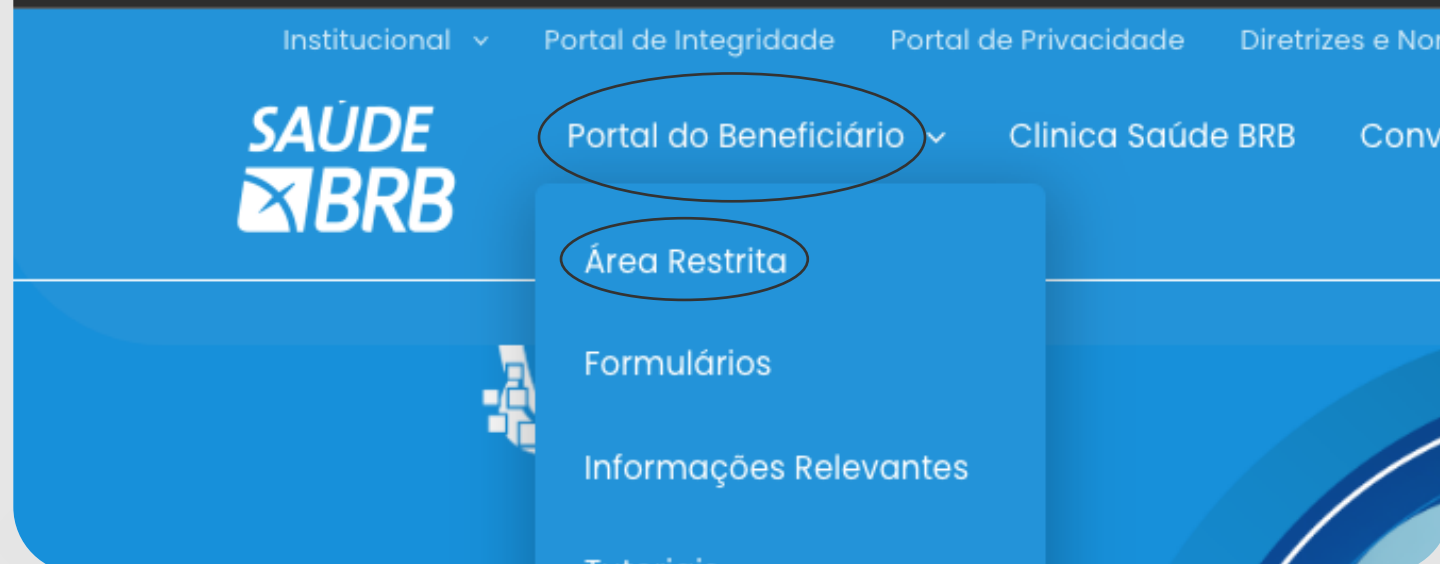


# Atualização CADASTRAL



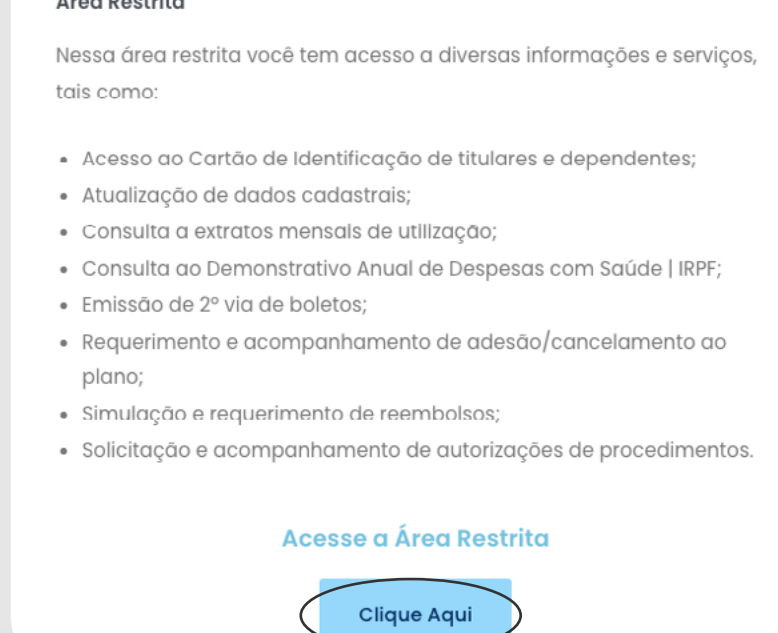
01

Acesse o site [www.saudebrb.com.br](http://www.saudebrb.com.br) e clique na aba **PORTAL DO BENEFICIÁRIO**.



02

Após clicar na aba **ÁREA RESTRITA**, vá em **CLIQUE AQUI**



03

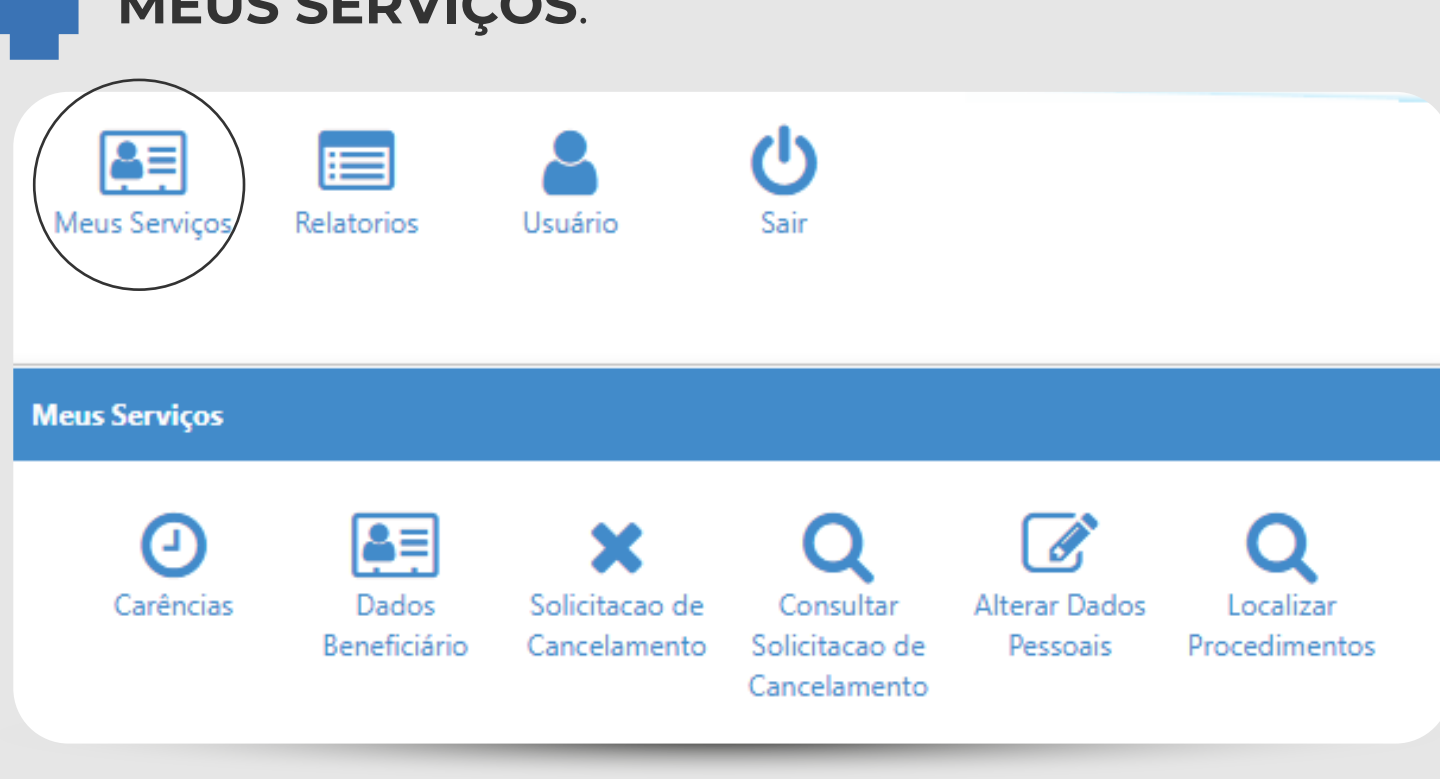
Marque o tipo de acesso como **BENEFICIÁRIO**.



- **Usuário:** CPF do titular (sem ponto nem traços, somente números).
- Caso não tenha a senha, clicar em **ESQUECI MINHA SENHA** ou enviar e-mail para [cadastro@saudebrb.com.br](mailto:cadastro@saudebrb.com.br) para solicitar nova senha.

04

Na tela seguinte, selecione **MEUS SERVIÇOS**.



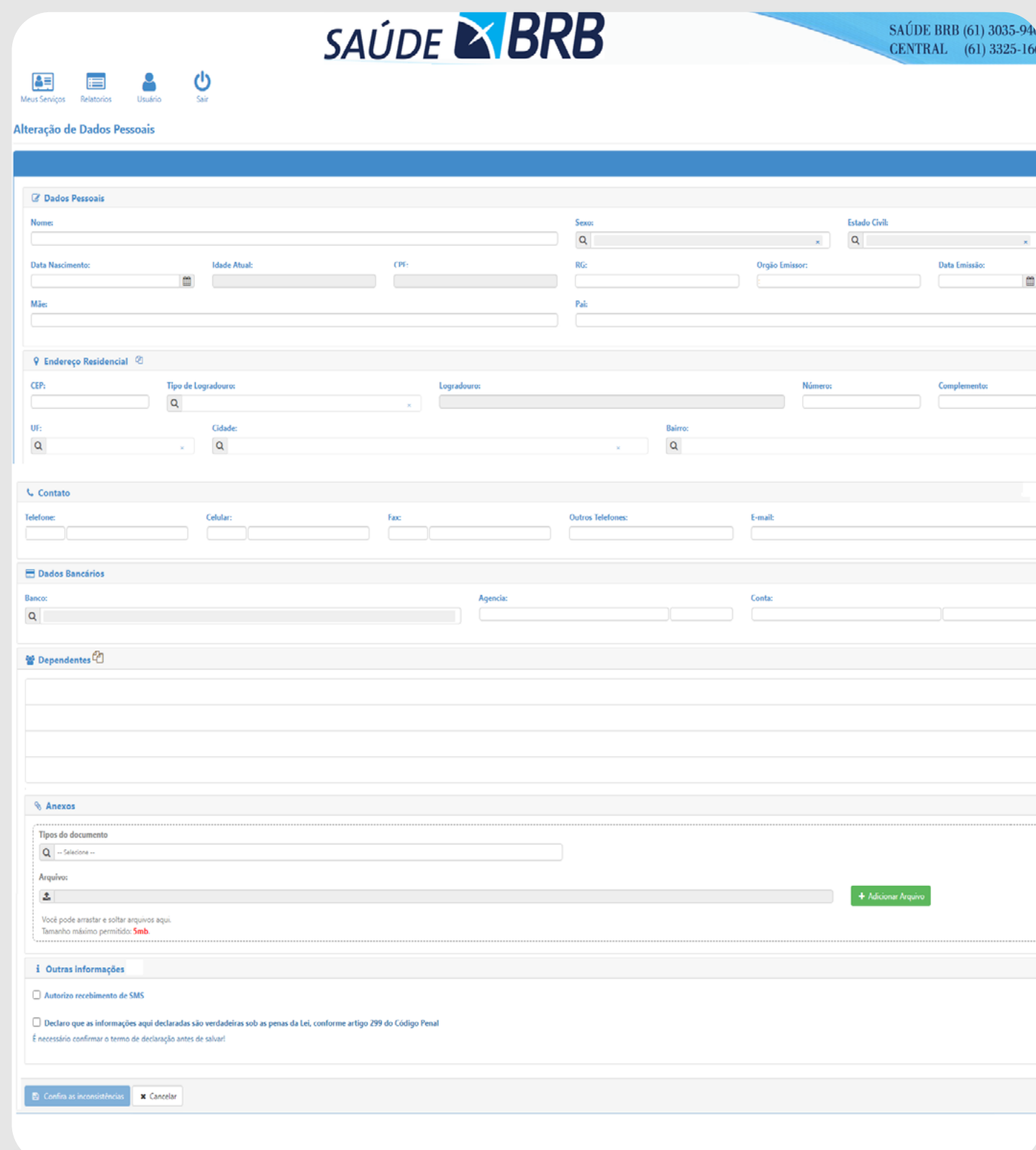
05

Clique no ícone **ALTERAR DADOS PESSOAIS**



06

Após conferir e/ou alterar os campos do formulário, clique no botão **SALVAR** e, em seguida, no botão **SIM**, para confirmar.



Caso haja alteração de **NOME, ESTADO CIVIL, ENDEREÇO** ou **FILIAÇÃO**, o comprovante deve ser obrigatoriamente anexado ao final da página.

Para adicionar os anexos, clique em **ESCOLHER ARQUIVO** e, em seguida, em **ADICIONAR**.

Após a atualização das informações, clique sobre o botão **SALVAR**.

## Importante ressaltar!

### PARA A INCLUSÃO DE DEPENDENTE:

- Preencher e assinar o Requerimento de Atualização Cadastral, disponível no site, aba Formulários - [saudebrb.com.br/home/formularios](http://saudebrb.com.br/home/formularios)
- Apresentar a cópia da Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável, Certidão de Nascimento, RG e CPF do dependente. Podem ser cópias simples (digitalizadas ou fotos nítidas);
- O requerimento e o documentos comprobatórios digitalizados devem ser enviados para o e-mail [cadastro@saudebrb.com.br](mailto:cadastro@saudebrb.com.br)
- Se em meio impresso, podem ser entregues na sede da Saúde BRB ou encaminhados pelo serviço de malotes do BRB, aos cuidados do Setor de Cadastro – SECAD.

### PARA EXCLUSÃO DE DEPENDENTE:

- O titular pode solicitar a exclusão do dependente no Portal do Beneficiário – [saudebrb.com.br/beneficiarios](http://saudebrb.com.br/beneficiarios) que será processada no prazo de 30 dias.

- Opcionalmente, preencher e assinar o formulário Solicitação de Exclusão de Beneficiário do Plano A-1 disponível no site, aba Formulários - [saudebrb.com.br/home/formularios](http://saudebrb.com.br/home/formularios)

- Enviar para para o e-mail [cadastro@saudebrb.com.br](mailto:cadastro@saudebrb.com.br) o formulário com assinatura digital [certificada, de abrangência nacional – E-CPF] do titular e o documentos comprobatórios digitalizados.

Não havendo assinatura digital certificada, a Solicitação de Exclusão de Beneficiário do Plano A-1 deve ser impressa, assinada e entregue na sede da Saúde BRB ou encaminhada, juntamente com os anexos, pelo serviço de malotes do BRB, aos cuidados do Setor de Cadastro – SECAD.

- Proceder à devolução do Cartão de Identificação de Beneficiários [carteirinha do plano], em cumprimento à declaração assinada pelo titular no formulário Solicitação de Exclusão de Beneficiário do Plano A-1: “*Estou ciente das regras dispostas nos arts. 81, § 4º e 83 do Regulamento do Plano A-1 e comprometo-me a efetuar a devolução dos respectivos Cartões de Identificação no ato de entrega desta solicitação.*”