

Termo de Adesão Plano de Saúde

1. Beneficiário

Nome		Nº de Inscrição	Data de Inscrição
Patrocinadora	Matricula	Lotação	Data de Admissao
Endereço (Logradouro, Bairro, Complemento, etc)			Cidade
UF	CEP	Telefones () ()	Data de Nascimento
Sexo [](vide item 3)	Estado Civil [](vide item 3)	CPF	Atividade Principal Desenvolvida (Ocupação)
Tipo de Documento	Numero do Documento	Orgao Emissor/UF	Data de Emissao
E-Mail	Banco	Agencia	Conta-Corrente
Filiação Mãe: _____ Pai: _____			

2. Dependentes (utilize os códigos do item 3 para preencher os dados de seus dependentes)

Nome	CPF	Data Nascimento	Email do dependente	Sexo	Est. Civil	Tipo Dep.

3. Instruções para Preenchimento

Sexo 01 - Masculino 02 - Feminino	Estado Civil 01 - Solteiro 02 - Casado 03 - Sep. Judicial 04 - Viúvo 05 - Divorciado	Tipo de Dependente 01 - Cônjuge 02 - Companheiro(a) 03 - Filho(a) 04 - Enteado(a) 05 - Menor s/ guarda
---	---	---

4. Termos do Requerimento

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, foi-me esclarecido que o conhecimento do MPS não substitui a leitura do Regulamento do Plano A-1, disponibilizado no site da Saúde BRB: <http://www.saudebrb.com.br/>.

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 desonera, nem a meus dependentes, dos débitos das coparticipações e contribuições devidas até a data da exclusão, ainda que não processadas.

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)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS

O Beneficiário, titular dos dados, sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Saúde BRB, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, agências reguladoras, entidades governamentais ou não governamentais, com o objetivo principal de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e do Regulamento do Plano, que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários.

Os dados serão tratados enquanto houver necessidade, principalmente até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a Saúde BRB mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente. Outros detalhes sobre o tratamento de dados no decorrer da relação entre a Saúde BRB e o Beneficiário estão em nosso Aviso de Privacidade no link: www.saudebrb.com.br/avisos-de-privacidade/

O titular dos dados declara ainda ter ciência das responsabilidades dos agentes que realizarão o tratamento e que quando houver infração à Lei Geral de Proteção de Dados, por parte do controlador ou do operador, em razão do exercício de atividade de tratamento de dados pessoais, causando dano patrimonial, moral, individual ou coletivo, em violação à legislação de proteção de dados pessoais, os mesmos serão obrigados a repará-lo.

Nos termos do artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados, o titular dos dados pessoais tem direito a:

I - Confirmação da existência de tratamento.

II - Acesso aos dados.

III - Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados.

IV - Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei.

V - Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial.

VI - Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da LGPD.

VII - Informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados.

VIII - Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa.

IX - Revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da LGPD.

Tais direitos poderão ser exercidos pessoalmente, no Edifício Centro Empresarial CNC, Setor de Autarquias Norte, Quadra 05, Lote C, Tor B, 3º Andar Asa Norte, Brasília – DF, CEP: 70.040-250, por e-mail no endereço eletrônico lgpd@saudebrb.com.br

Por fim, o titular dos dados pessoais, sensíveis ou não, está ciente que a Saúde BRB poderá armazenar os dados em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DATA: ___/___/___

ASSINATURA: _____