

Requerimento de Atualização Cadastral

Identificação do Beneficiário

Nome				
Patrocinadora		Matricula	Lotação	Data de Admissão
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 Emissão
E-Mail		Banco	Agencia	Conta-Corrente
Filiação				
Mãe: _____ Pai: _____				

Plano A-1 - Plano de Assistência Médica Hospitalar

PROCEDIMENTOS:

01 – Inclusão de Dependente **02** - Alteração **03** - 2ª Via de Cartão **04** - Cartão Outras Caixas** **05** - Autorização Outras Caixas

*Obs.: No caso de Inclusão, apresentar juntamente com este Requerimento, cópias dos documentos comprobatórios dos Dependentes (Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento, RG e CPF)

Procedimento	Nome	CPF	Data Nascimento	Email do dependente	Sexo	Est. Civil	Grau de Parent.

Estado civil:

* **01** – Solteiro **02** -Casado **03** –Sep. Judicial **04** – Viúvo **05** – Divorciado

Grau de Parentesco:

* **01** – Cônjuge **02** - Companheiro(a) **03** – Filho(a) **04** – Enteado **05** – Menor Sob Guarda

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO REQUERENTE

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

DECISÃO DA SAÚDE BRB – CAIXA DE ASSISTÊNCIA

SIM	Em caso de indeferimento, justificar: _____ _____ _____	DATA: ____/____/____
NÃO		_____ SAÚDE BRB

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, Torre 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: