

**IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO**

Nome:		Matrícula:
Endereço Residencial:		
Telefones:		CEP:
Conta Corrente:	Banco:	Agência:
Data de Admissão:	Data de Afastamento:	E-mail:

**REQUERIMENTO**

O requerente acima identificado que teve seu contrato de serviço suspenso com a Patrocinadora, em virtude de \_\_\_\_\_, pelo período de \_\_\_\_\_, vem manifestar sua opção, conforme disposto nos Parágrafos 1º e 2º do Artigo 3º do Regulamento do Plano A-1 de continuidade como Beneficiário do Plano. Desde já, autoriza a SAÚDE BRB – Caixa de Assistência a efetuar mensalmente em sua conta-corrente os débitos relativos às contribuições mensais e às participações nas despesas médicas realizadas por ele e pelos seus dependentes, nos percentuais abaixo definidos:

- 7,5% Titular;
- 0,6% por dependente direto;
- 6,0% por dependente agregado;

Declara, ainda, para os devidos fins, que tem total ciência de que os seus dados pessoais e/ou sensíveis aqui coletados por força do Regulamento serão tratados pela Saúde BRB, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas enquanto houver necessidade contratual, de cumprimento de obrigação legal e regulatória e até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a operadora de saúde mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente.

Solicita, também, manter os seguintes dependentes no cadastro da SAÚDE BRB – CAIXA DE ASSISTÊNCIA:


**Manifesto formalmente minha opção de:**

**Permanência no Plano A-1**

**Desligamento do Plano A-1**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

**DEFERIMENTO DA SAÚDE BRB**

- (  ) Autorizado  
 (  ) Não Autorizado

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura