

**SAÚDE BRB – CAIXA DE ASSISTÊNCIA**  
**TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE**  
**(DESLIGAMENTO DA ASSOCIADA PATROCINADORA POR MOTIVO DE ADESÃO AO PDVI)**

**IDENTIFICAÇÃO DO OPTANTE**

Nome:		Matrícula:
Endereço Residencial:		
Cidade:	Telefones:	CEP:
Banco:	Agência:	Conta-corrente:
Data de Admissão:	Data de desligamento:	E-mail:

**REQUERIMENTO**

O requerente acima identificado, tendo em conta o seu desligamento da Associada Patrocinadora BRB Banco de Brasília S/A em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por motivo de adesão a Programa de Desligamento Voluntário Incentivado - PDVI, vem, no prazo regulamentar e em conformidade com o disposto no Regulamento do Plano "A-1", administrado pela Saúde BRB – Caixa de Assistência, formalizar sua opção pela permanência na condição de beneficiário do referido Plano. Por oportuno, declara o requerente que: **se encontra ( ) / não se encontra ( )** aposentado pelo Regime Geral da Previdência Social desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declara, ainda, estar ciente de que passará a contribuir para o Plano de Saúde com os mesmos percentuais estabelecidos no regulamento do Plano para os "beneficiários aposentados" em conformidade com o Regulamento do Plano "A-1".

Desde já autoriza a Administradora do Plano de Saúde a efetuar mensalmente, por meio de: **Folha de benefício Regius ( ) / Débito automático em conta-corrente ( )**, os débitos relativos às contribuições mensais e as participações nas despesas médicas realizadas pelo Titular e por seus dependentes, em conformidade com o Regulamento do Plano.

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

**DELIBERAÇÃO DA SAÚDE BRB**

**DIRETORIA:** ( ) Autorizado

( ) Não Autorizado

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

