

<b>Beneficiário Titular:</b>		<b>Matrícula:</b>
<b>Endereço:</b>		<b>Telefone:</b>
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>CEP:</b>
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>	<b>Lotação:</b>
<b>E-mail:</b>		

**DECLARO**, em cumprimento ao disposto no artigo 5º do Regulamento do Plano de Saúde vigente, para fins de comprovação de dependência econômica junto à Saúde BRB - Caixa de Assistência, que \_\_\_\_\_ é meu(minha) dependente e vive exclusivamente sob minha dependência econômica.

Declaro, para os devidos fins, tenho total ciência que os dados pessoais inseridos acima serão tratados pela Saúde BRB, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas para fins de comprovação da dependência econômica conforme as condições contratuais vigentes.

Estou ciente, ainda, de que os dados coletados serão armazenados enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal e regulatória e até que cessem todos os prazos prespcionais, podendo ainda mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente.

Firmo a presente declaração e assumo total responsabilidade pelas informações prestadas, sob as penas da Lei.

....., ..... de ..... de 20.....

---

**(assinatura do beneficiário titular)**