

Beneficiário Titular:		Matrícula:
Endereço:		Telefone:
Bairro:	Cidade:	CEP:
CPF:	RG:	Lotação:
E-mail:		

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.

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

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

(assinatura do beneficiário titular)