

Grau de sigilo #PÚBLICO
----------------------------

**Identificação do Beneficiário**

Nome		Matrícula	CPF
Endereço residencial (Av/ Rua/ Al/ Travessa)		Número	Complemento
Bairro	Município	Estado	CEP
E-mail		Telefone (com DDD)	
Agência/Operação/Conta			

Autorizo a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, adiante denominada simplesmente CAIXA, empresa pública criada pelo Decreto-Lei nº 759, de 12/08/1969, com Estatuto aprovado pelo Decreto nº 6.473, de 05/06/2008, com sede em Brasília-DF, inscrita no CNPJ sob nº 00.360.305/0001-04, a debitar na conta de depósito acima informada, valores oriundos de Mensalidade e Participação do Saúde Caixa ou PAMS.

Na impossibilidade de débito na conta acima, autorizo debitar os valores oriundos de Mensalidade e Participação do Saúde Caixa ou PAMS em outra(s) conta(s) de minha titularidade, mantida(s) na CAIXA, abaixo informada(s).

Segunda opção (Agência/Operação/Conta) -

Terceira opção (Agência/Operação/Conta) -

Quarta opção (Agência/Operação/Conta) -

Estou ciente que as contas de depósito indicadas acima também serão utilizadas para crédito de valores oriundos de reembolsos assistenciais.

Concordo com a obrigação de comunicar qualquer alteração nas características das contas de depósito indicadas para a finalidade do débito mensal.

Declaro que estou ciente e concordo com as regras do Saúde Caixa estabelecidas no MN RH222.

Estou ciente que o Saúde CAIXA acessará meus dados pessoais para tratamento e atendimento ao informado nesse formulário, conforme LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Este documento possui validade por tempo indeterminado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local/Data

\_\_\_\_\_  
Titular ou responsável pela pensão – nome e assinatura