

ANEXO XXVII – FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - SAÚDE CAIXA

Grau de sigilo
#PUBLICO

Nome Completo*		Matrícula*	
Cargo efetivo*	Função Gratificada/Cargo em Comissão		Lotação
RG*	Órgão Emissor*	CPF*	E-mail CAIXA, para empregado ativo
Telefone Celular*	Telefone Trabalho		Número de <i>Whatsapp</i> () _____ - _____ ☐ Igual ao Celular
Endereço Residencial com CEP (<i>Anexar comprovante de endereço</i>)			
Conta Bancária (Código Agência/Operação/Número da Conta - <i>Anexar comprovante de renda, se aposentado ou pensionista</i>)*			
Endereço de <i>E-mail</i> particular (Externo)*			

Declaro que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, completas e atualizadas, assumindo a responsabilidade por sua veracidade.

Autorizo a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, empresa pública, com sede em Brasília-DF, inscrita no CNPJ sob o nº 00.360.305/0001-04, a creditar valores oriundos de reembolsos assistenciais e debitar, na conta bancária acima informada, valores oriundos de Mensalidades e Participações do Saúde CAIXA ou PAMS conforme regulado pelos [MN, [RH221](#)] e [MN, [RH222](#)].

Concordo com a obrigação de comunicar imediatamente qualquer alteração cadastral, inclusive na conta bancária indicada para crédito e débito de valores oriundos do Saúde CAIXA, informando o número da nova conta.

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.

Local e Data

Assinatura do Empregado

Testemunha (nome, CPF e assinatura)

Testemunha (nome, CPF e assinatura)