|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Termo de Alteração do**  **Procedimento de Cobrança** | |
|  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Titular do Plano | IDFRG | Matrícula/DV | | |
|  |  |  | - |  |

Relacione abaixo somente o(s) nome(s) do(s) Agregados(as) que passará(ão) a ser responsável(is) pelo pagamento das mensalidades do Plano (**“Inclusão”**) ou que deixará(ão) de ser responsável(is) por esse pagamento (**“Exclusão”**):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Item | Nome | Data de  nascimento | Condição de  dependência | CPF nº | Inclusão ou Exclusão |
| 1 |  |  |  | - | Inclusão  Exclusão |
| 2 |  |  |  | - | Inclusão  Exclusão |
| 3 |  |  |  | - | Inclusão  Exclusão |

Declaro que:

Estou de acordo com o Regulamento do Plano contratado e demais normativos regulamentares expedidos pela REAL GRANDEZA.

Solicito que seja(m) providenciada(s) a(s) movimentação(ões) em referência e autorizo a REAL GRANDEZA a processar as cobranças das contribuições mensais e de coparticipação relativa aos atendimentos ambulatoriais e demais despesas referentes ao Plano, de forma desmembrada.

Autorizo a efetivação de eventuais créditos relativos aos beneficiários cuja cobrança está sendo desmembrada a ser realizados em conta bancária de sua titularidade ou de seu representante legal. Se menor, o crédito será em conta de titularidade de seu representante legal, que assinou o presente termo, sendo obrigatório o envio da Declaração de Dados Cadastrais (DDC) e dos documentos comprobatórios”.

Estou ciente e de acordo que:

De acordo com a previsão regulamentar, é dever de todos os beneficiários a manutenção de seu cadastro atualizado junto à REAL GRANDEZA.

Todas as movimentações efetuadas até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processadas no mesmo mês. Após essa data, serão processadas no mês seguinte.

# A alteração no procedimento de cobrança acarretará o desmembramento dos valores contabilizados nos demonstrativos, somente a partir da data em que a presente solicitação for efetivada.

**A opção de alteração do procedimento de cobrança não exime do Titular a responsabilidade pelo adimplemento do Plano.**

Os dados solicitados nesta ocasião serão armazenados e utilizados exclusivamente para finalidades legítimas vinculadas à execução de seu contrato com a REAL GRANDEZA e ao cumprimento das obrigações legais e/ou regulatórias desta, incluindo-se o compartilhamento com terceiros contratados pela REAL GRANDEZA para os mesmos fins. Para maiores informações, leia a Política de Proteção de Dados Pessoais da Fundação Real Grandeza e o Termo de Privacidade, em [www.frg.com.br,](http://www.frg.com.br/) ou entre em contato com nosso Encarregado em [dpo@frg.com.br.](mailto:dpo@frg.com.br) Ao preencher este cadastro, o aderente declara que leu ambos os documentos, que integram seu contrato para todos os fins e efeitos.

Sob as penas da lei, o aderente é responsável pela veracidade das informações acima, bem como declara e garante que os dados referentes a terceiros beneficiários e/ou dependentes foram compartilhados conosco com a autorização destes ou de seus responsáveis legais, conforme o caso.”

**Orientamos que preencha este formulário com a máxima atenção, incluindo corretamente as informações dos beneficiários. Os dados incluídos no item 1 no primeiro quadro devem corresponder aos dados inseridos no item 1 no segundo quadro**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nome do Beneficiário ou Responsável Legal | Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal | Data |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | Nome do Beneficiário ou Responsável Legal | Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal | Data |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | Nome do Beneficiário ou Responsável Legal | Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal | Data |

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Titular da matrícula | Data |

FRG 266