.....

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação de dependência junto ao Programa BRB Saúde – Caixa de Assistência que _____ - é meu (minha) dependente e vive exclusivamente às minhas custas, no endereço abaixo descrito.....
.....

( ) em minha própria residência ( ) de minha propriedade
( ) alugado por mim ( ) mantido por mim

Declaro ainda, que o (a) beneficiário (a) acima identificado (a):
( ) não recebe rendimento superior a 02 ½ (dois) salários mínimo e
( ) não recebe rendimento de qualquer espécie.

Envio, em anexo, os documentos comprobatórios de escolaridade do(a) beneficiário(a) acima Identificado (a) e firmo a presente declaração, na presença de02 (duas) testemunhas, assumindo total responsabilidade pelas informações prestadas.

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

Assinatura: _____ **–** _____**(inscrição saúde)**

Obs: Favor preencher as lacunas acima e devolver à BRB SAÚDE, no menor tempo possível.