



## MANUTENÇÃO PLANO DE SAÚDE

NOME DO TITULAR (Sem abreviatura)

MATRÍCULA LIBERTAS

PATROCINADORA

MATRÍCULA PATROCINADORA

LOGRADOURO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO / DISTRITO

MUNICÍPIO

UF

CEP

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

CELULAR (DDD)

E-MAIL

Na qualidade de **BENEFICIÁRIO TITULAR** (demitido, exonerado, aposentado, licenciado), solicito a minha permanência e de meus dependentes inscritos no mesmo contrato de prestação de serviços médico-assistenciais que gozava quando da vigência do meu contrato de trabalho, conforme disposições da Lei Nº 9656 de 03/06/1998 artigos 30 e 31, regulamentadas pelo Conselho de Saúde Suplementar e fiscalizada pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

Comprometo-me a efetuar o pagamento integral das mensalidades, entendendo como tal a soma das contribuições patronal e funcional, relativas a minha faixa etária e/ou percentual sobre salário, e dos meus dependentes, devendo as faturas serem remetidas para o endereço acima indicado.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário titular

Manutenção a partir de: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Até: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANS nº 37821-6**