



MUDANÇA DE CATEGORIA

À

LIBERTAS

Na qualidade de titular do Plano Assistencial da Libertas, venho requerer de V.Sa. a permanência do(s) meu(s) dependente(s) abaixo discriminado(s), declarando conhecer o teor do Estatuto da Fundação LIBERTAS de Seguridade Social, bem como o Regulamento Específico do Plano Privado de Assistência à Saúde.

NOME (Sem abreviatura)		
NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF

NOME (Sem abreviatura)		
NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF

NOME (Sem abreviatura)		
NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF

Autorizo o débito mensal das contribuições a que estiver sujeito, após o deferimento da permanência do(s) meu(s) dependente(s), bem como as participações que me competem globais ou parciais em minha folha de pagamento, ou a critério da LIBERTAS.

NOVA CATEGORIA – DEPENDENTE ESPECIAL

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do titular: _____

Telefone de contato: _____

Patrocinadora

Matrícula

Assinatura

ANS nº 37821-6