

▶ **TERMO CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO ASSISTENCIAL**

Nome do Titular:	Matrícula:	
Banco:	Código Agência:	Conta Corrente:
Telefone:	E-mail:	

NOME COMPLETO DO (S) BENEFICIÁRIOS (S) PARA CANCELAMENTO:

Titular: _____

Dependente 1: _____

Dependente 2: _____

Dependente 3: _____

Dependente 4: _____

Dependente 5: _____

**SOLICITO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO
DOS BENEFICIÁRIOS LISTADOS ACIMA A PARTIR DE:**

- A PARTIR DESTA DATA** – Estou ciente de que os beneficiários acima descritos, não poderão utilizar o plano à partir da data de assinatura do presente Termo.
- ÚLTIMO DIA DESTE MÊS** – Estou ciente de que os beneficiários acima descritos utilizarão o plano até o último dia deste mês.

Autorizo a cobrança das mensalidades devidas até a data do cancelamento, bem como me responsabilizo pela utilização indevida após o efetivo cancelamento dos serviços, mediante “Termo de Confissão de Dívida” assinado, sendo passível de execução, quando não cumprido.

Estou ciente ainda que a cobrança de eventuais valores devidos a título de COPARTICIPAÇÃO em despesas médicas realizadas anteriores a esta data, poderão ser faturadas em cobranças posteriores.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do titular

Fundação Libertas