

▶ **TERMO - MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - 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**.

Nome do Titular:

CPF:

E-mail:

Telefone:

Patrocinadora:

Matrícula:

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Titular