

Dados do Titular

Nome Completo:

Matrícula:

Dados Bancários:

Agência:

Conta:

Banco:

(DDD) 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

ANS - nº 37821-6