

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