

Nome do Titular (Sem abreviatura):

Matrícula Libertas:

Patrocinadora:

Matrícula Patrocinadora:

Logradouro:

Nº:

Complemento:

Bairro/Distrito:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone Fixo:

Telefone Comercial::

Telefone Celular:

E-mail:

Na qualidade de **BENEFICIÁRIO TITULAR** (demitido, exonerado, aposentado, licenciado) solicito a minha permanência e de meus dependentes inscritos, no mesmo contrato de prestação de serviços médico-assistenciais que gozava quando da vigência do meu contrato de trabalho, conforme disposições da Lei No 9656 de 03/06/1998 artigos 30 e 31, regulamentadas pelo Conselho de Saúde Suplementar e fiscalizada pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

Comprometo-me a efetuar o pagamento integral das mensalidades, entendendo como tal a soma das contribuições patronal e funcional, relativas a minha faixa etária e/ou percentual sobre salário, e dos meus dependentes, devendo as faturas serem remetidas para o endereço acima indicado.

Belo Horizonte, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do beneficiário titular

Manutenção a partir de: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

até: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Observações:

---

---