

Nome do Titular Falecido (Sem abreviatura):

Nome do Novo Titular do Grupo Familiar (Sem abreviatura):

Matrícula Fundação Libertas:

Patrocinadora:

Matrícula Patrocinadora:

Numero Carteira de Identidade:

Data de Nascimento::

CPF:

Filiação (Sem Abreviatura):

Logradouro:

Nº:

Complemento:

Bairro/Distrito:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone Fixo:

Telefone Comercial:

Telefone Celular:

E-mail:

Atendente:

Guiche

Ura

**Alteração dos dados cadastrais dos dependentes já inscritos nos planos de saúde:**

Dependente (Sem Abreviatura):

Filiação (Sem Abreviatura):

Dependente (Sem Abreviatura):

Filiação (Sem Abreviatura):

Dependente (Sem Abreviatura):

Filiação (Sem Abreviatura):

Declaro, neste ato, para os devidos fins de direito, que assumirei o pagamento de todas as despesas com contribuições e/ou coparticipações de procedimentos médicos e hospitalares de responsabilidade do titular falecido, até a data do seu óbito, incluídas aquelas ainda não apresentadas pela rede de prestadores de serviços de saúde credenciada pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**. Declaro-me, ainda, ciente de que o pagamento de tais despesas é condição inafastável para a minha permanência no plano de saúde administrado pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

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

Assinatura do beneficiário titular