

Termo de Declaração de Migração de Plano de Saúde

Eu, _____, portador(a) _____, do CPF nº _____ e matrícula Libertas nº _____, declaro para os devidos fins que fui devidamente comunicado(a) pela Fundação Libertas, operadora na modalidade de autogestão, registrada na ANS sob o nº 378216, inscrita no CNPJ 20.119.509/0001-65, sobre a migração compulsória do meu plano de saúde, Plano da PRODEMGE (código no SCPA 14 - PRODEMGE), para o plano Master Prodemge (registro ANS nº 505.036/25-7). Esta migração ocorrerá a partir de 1º de novembro de 2025, em conformidade com o disposto no artigo 2º da RN nº 562.

Embora o plano Master Prodemge possua características equivalentes ao meu plano atual, exerço meu direito de livre escolha e opto por aderir ao Plano Prodemge Família (registro ANS nº 505.037/25-5), incluindo meus dependentes, com vigência também a partir de 1º de novembro de 2025.

Declaro, ainda, que fui devidamente esclarecido e comprehendi as características do Plano Prodemge Família (registro ANS nº 505.037/25-5) além de suas diferenças em relação ao Master Prodemge (registro ANS nº 505.036/25-7).

Belo Horizonte, _____, de _____ de 20_____

Assinatura do titular (obrigatório)

