



MUDANÇA DE CATEGORIA

**À
PREVIMINAS**

Na qualidade de titular do Plano Assistencial da Previminas, venho requerer de V.Sa. a permanência do(s) meu(s) dependente(s) abaixo discriminado(s), declarando conhecer o teor do Estatuto da PREVIMINAS – Fundação de Seguridade Social de MG, bem como o Regulamento Específico do Plano Privado de Assistência à Saúde.

NOME	
NASCIMENTO	PARENTESCO

NOME	
NASCIMENTO	PARENTESCO

NOME	
NASCIMENTO	PARENTESCO

Autorizo o débito mensal das contribuições a que estiver sujeito, após o deferimento da permanência do(s) meu(s) dependente(s), bem como as participações que me competem globais ou parciais em minha folha de pagamento, ou a critério da PREVIMINAS.

CATEGORIA

Beneficiário Contribuinte

_____, ____ de _____ de _____.

Nome do titular: _____

Patrocinadora

Matrícula

Assinatura

Telefone de contato: _____