



MANUTENÇÃO PLANO DE SAÚDE

NOME DO TITULAR

MATRÍCULA PREVIMINAS

ASSOCIADA/ENTIDADE

MATRÍCULA ASSOCIADA

LOGRADOURO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO / DISTRITO

MUNICÍPIO

UF

CEP

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

CELULAR (DDD)

E-MAIL

Na qualidade de **ASSOCIADO TITULAR** (demitido, exonerado, aposentado, licenciado), venho solicitar 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 _____.

ASSINATURA DO ASSOCIADO TITULAR

Manutenção a partir de: ____/____/____

Até: ____/____/____

Observações.:
