



TERMO DE SEPARAÇÃO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Eu, _____, portador do CPF nº _____, residente e domiciliado _____, nº _____, complemento _____, bairro _____, município de _____, no estado de _____, com o CEP nº _____, telefone (____) _____, E-mail _____ e titular do plano:

- Copass Completo Ativos - registro ANS nº 472.779/14-7;
 Copass Completo Assistidos - registro ANS nº 472.778/14-9;
 Copass Essencial Assistidos - registro ANS nº 504.752/25-8;

Solicito a separação de cobrança e responsabilidade financeira do plano de saúde do meu dependente especial e maior de idade, em conjunto com todo o seu respectivo grupo familiar já inscrito no plano Copass Completo Dependente Familiar - registro ANS nº 490.715/21-9 e Copass Essencial Dependente Familiar - registro ANS nº 504.751/25-0, devidamente discriminado a seguir:

Nome do Dependente Especial:		
Endereço:	Número	Complemento
Bairro:	Cidade	CEP
Telefone Celular: ()	Telefone Ramal: ()	E-mail:

Grupo familiar pelo qual o Dependente Especial acima identificado passa a se responsabilizar:

Nome: _____ CPF: _____
Nome: _____ CPF: _____
Nome: _____ CPF: _____
Nome: _____ CPF: _____

Declaro, ainda, estar ciente que as respectivas cobranças financeiras serão emitidas por boleto bancário e destinadas para o endereço do Dependente Especial a partir da data de hoje, além do dependente supracitado assumir a responsabilidade financeira de futuras adesões de beneficiários da sua respectiva descendência direta.

Por fim, declaro ter conhecimento das consequências da inadimplência e das regras de exclusão, dentre outras, previstas no referido Regulamento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular

Assinatura do Dependente Especial