AUTORIZAÇÃO PARA COBRANÇA DE CONTRIBUIÇÕES

Nome do titular:

CPF:

Matrícula

☐ Autorizo a LIBERTAS descontar mensalmente na minha folha de pagamento de Suplementação, as contribuições para os planos, a que estiver sujeito, a favor da **Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - Copass Saúde**, incluindo contribuições de meus dependentes diretos ou indiretos, em observância ao disposto nos Regulamentos específicos.

☐ Solicito que as contribuições para os planos, a que estiver sujeito, incluindo contribuições de meus dependentes diretos ou indiretos, em observância ao disposto nos Regulamentos específicos, me sejam cobrados exclusivamente via Boleto Bancário.

Local: _____

Data: _____ de _____ de _____

_____
Assinatura do titular

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5800 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8