AUTORIZAÇÃO PARA COBRANÇA DA COPARTICIPAÇÃO EM PARCELA ÚNICA

Copass Saúde

Nome do Titular			Matricula
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Telefones:	Email: Órgão de lotação:		

Pelo presente expediente, autorizo a Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da COPASA – Copass Saúde descontar mensalmente na minha folha de pagamento, em **parcela única**, as coparticipações devidas ao plano de saúde a que estiver sujeito, incluindo as de meus dependentes regulamentares, em observância ao disposto nos Regulamentos específicos.

Estou ciente que a presente autorização possui prazo indeterminado e que, caso queira que o parcelamento das coparticipações se dê em até 5 (cinco) vezes, deverei manifestar essa intenção, por escrito, à Copass Saúde, após o período mínimo de 12 (doze) meses a contar da data de assinatura deste documento.

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