

SOLICITAÇÃO DE PARCELAMENTO DE DESPESAS

Eu, _____,
portador do CPF _____, RG _____,
titular do plano ELOSAÚDE, matrícula nº _____, reconheço como correto
e legítimo o débito abaixo referenciado.

Valor total do débito: R\$ _____

Referência (mês e ano): _____/_____

Declaro que o débito em referência é de minha responsabilidade, contudo, devido à impossibilidade financeira de quitação total, requero à ELOSAÚDE seu parcelamento em _____ (_____) vezes.

Declaro, ainda, estar ciente de que, em sendo autorizado o parcelamento ora pleiteado, o valor original será corrigido conforme previsão regulamentar.

Por fim, comprometo-me a quitar as prestações mensais relacionadas ao parcelamento, bem como as mensalidades e coparticipações regulares (cobrança do mês), sob pena de, em não o fazendo, sofrer as penalidades e sanções (suspensão de atendimento e/ou cancelamento do plano) previstas no Regulamento.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular

Para uso do ELOSAÚDE:

Valor da complementação bruta: R\$ _____

Valor da complementação líquida: R\$ _____

De acordo:

Gerente da ELOSAÚDE

Data

Protocolo ELOSAÚDE

Digitado em: ____/____/____

Digitado por: _____

Visto do digitador