

**ANS - nº 33.891-5**

### ATESTADO

Atestamos para fins de manutenção da condição de beneficiário do Plano de Saúde, que o aluno \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_ está regularmente matriculado no Curso de \_\_\_\_\_, tendo duração de \_\_\_\_\_ anos ou \_\_\_\_\_ semestres, estando o referido aluno cursando o \_\_\_\_\_ ano ou \_\_\_\_\_ semestre, o qual deve efetuar sua renovação de matrícula \_\_\_\_\_ (anualmente ou semestralmente).

Nome da Faculdade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo com C. N.P.J.

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

#### Para Preenchimento do Titular do Plano

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_