

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO – PLANO DE SAÚDE

Eu, _____ (nome por extenso),
servidor da Câmara Municipal de Esteio, abaixo assinado, venho pelo presente,
solicitar a () INCLUSÃO – () EXCLUSÃO no plano de saúde UNIPART
EMPRESARIAL GLOBAL SEMIPRIVATIVO, do seguinte beneficiário:

() Titular () Dependente

CPF: _____

NOME: _____

Nome Social: _____

Data de Nascimento: _____

Grau de Parentesco: _____

Gênero: () Feminino () Masculino

Gênero Social: () Feminino () Masculino () Ignorado

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo

() Separado () Divorciado () Outros

Nome da Mãe: _____

Endereço com CEP: _____

E-mail: _____

Telefone Celular: _____

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a
inteira responsabilidade pelas mesmas. Nestes termos, peço e espero deferimento.

Esteio, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do titular