

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CARÊNCIA DE 180 DIAS
PARA INTERNAMENTO

Eu, _____,
Associado(a) da ASSEMP-PR, declaro estar ciente da carência de 180
dias para internamento no Plano de Assistência Médica UNIMED
CURITIBA da ASSEMP-PR.

Curitiba, _____ de _____ de 20____.

Associado:

CPF:

RG: