

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CARÊNCIA DE 300 DIAS PARA PARTO

Eu, _____,
Associado(a) da ASSEMP-PR, declaro estar ciente da Carência de 300
dias para a cobertura do parto no Plano de Assistência Médica UNIMED
CURITIBA da ASSEMP-PR.

Curitiba, _____ de _____ de 20____.

Associado:

CPF:

RG: