

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CARÊNCIA
PARA DOENÇAS PRÉ EXISTENTES

Eu, _____,
Associado da ASSEMP-PR, declaro estar ciente do possível
cumprimento de 24 meses de carência em relação às doenças pré
existentes relacionadas na entrevista qualificada, preenchida por
mim, do Plano de Assistência Médica UNIMED CURITIBA da ASSEMP-PR.

Curitiba, _____ de _____ de 20____.

Associado:

CPF:

RG: