

DECLARAÇÃO

Eu _____,
portador (a) da cédula de identidade RG n° _____ e
inscrito (a) sob o CPF/MF n° _____, declaro
estar ciente que estou contratando o plano de saúde UNIMED sem
obstetrícia.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

Associado:

CPF:

RG: