

## 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