**ORIENTAÇÕES**

- Para inclusão, faz-se necessária solicitação **no próprio corpo do seu e-mail**(modelo abaixo). Nesta, a data de inclusão sempre será no dia 1 do próximo mês ou ainda o posterior;

- Precisamos dos dados completos de todos os conveniados e **DOCUMENTAÇÃO**.

- O preenchimento da Declaração de Saúde deve ser feito todo à mão, sem qualquer rasura, e todas as páginas devem ser rubricadas. Idem para os dependentes.

**Copie e cole no corpo do seu e-mail**

**.........................................................................................................................................................**

 **SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO PLANO UNIMED / SINPOFESC**

Venho através desta, solicitar a minha inclusão e de meu(s) dependente(s) (CITAR NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES) no plano Uniflex – contrato nº 0421 da UNIMED DE FLORIANÓPOLIS pelo SINPOFESC a partir de 01 de **MÊS**de **ANO**

Declaro estar ciente sobre o contrato, valores e termos aditivos do referido plano e estou de acordo com as cláusulas e condições estipuladas.

(Local), (dia) de (mês) de (ano).

**Dados do Titular**:

Nome Completo:

CPF:

RG / Órgão Emissor / Data Emissão:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Nome Completo da Mãe:

Endereço Completo (com CEP):

Telefone:

**Dados do(s) Dependente(s)**:

Nome Completo:

CPF:

RG / Órgão Emissor / Data Emissão:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Nome Completo da Mãe:

Endereço Completo (com CEP):

Telefone: