



DECLARAÇÃO

Benefício de Desconto para Atendente de Médico Cooperado

Autorizo a(o) atendente abaixo identificado, na condição de funcionário de meu consultório, a usufruir do benefício de desconto para funcionário de médico cooperado da Unimed Campina Grande, de acordo com a regulamentação própria, por um período de doze meses a contar da data de assinatura desta declaração.

A(o) atendente está ciente que só terá direito a este benefício permanecendo com o vínculo empregatício ativo e com o pagamento da mensalidade do Plano de Saúde até a data de vencimento.

Campina Grande (PB), ____ de _____ de ____.

Médico Cooperado

Assinatura e Carimbo com o n.º do CRM

Nome do Funcionário			
CPF		Data de Nascimento	/ /

Observação: Anexar à cópia da Carteira de Trabalho nas páginas de identificação do trabalhador e do contrato de trabalho.