

INCLUSÃO DE TITULAR

NOME:

CPF:

Preenchimento obrigatório quando declaração de endereço do beneficiário titular.

INCLUSÃO DE TITULAR MENOR DE IDADE

NOME DO TITULAR:

CPF:

NOME DO RESPONSÁVEL:

CPF:

Preenchimento obrigatório quando declaração de endereço do beneficiário titular MENOR.

Declaro sob as penas da Lei 7.115/83 e para os devidos fins junto à Unimed Chapecó, que o endereço atualizado é _____, nº _____, complemento _____, bairro: _____, cidade _____, estado _____ CEP _____.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar nas sanções civis e criminais previstas na legislação vigente.

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

Local/Data _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante