**DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nacionalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profissão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) na Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nº\_\_\_\_\_\_,Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Município/Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO** sob as penas da lei, para fins de manutenção da condição de dependente no plano de saúde firmado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do titular) que na presente data o meu estado civil é **SOLTEIRO**.

Outrossim, comprometo-me em informar a Unimed Chapecó a mudança do meu estado civil, sob pena de eventual omissão caracterizar fraude ao plano de saúde, o que importará na adoção das medidas administrativas, cíveis e/ou criminais aplicáveis.

Chapecó/SC,\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Declarante (dependente)**