



**TERMO DE MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE**  
**e DECLARAÇÃO DE ESTADO CIVIL**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob n. \_\_\_\_\_, na condição de titular do Plano de Assistência à Saúde firmado junto à Unimed Chapecó (registro na ANS sob nº 354295), **DECLARO** que desejo a permanência do dependente \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob n. \_\_\_\_\_, no referido plano.

De igual forma, eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob n. \_\_\_\_\_, plenamente ciente das condições contratuais, na condição de DEPENDENTE do referido Plano de Assistência à Saúde firmado junto à Unimed Chapecó (registro na ANS sob nº 354295), **DECLARO** que meu estado civil atual é SOLTEIRO (A), bem como, comprometo-me em informar à Unimed Chapecó eventual mudança do meu estado civil, sob pena de tal omissão caracterizar fraude ao plano de saúde.

**DECLARAMOS** que estamos plenamente cientes de que a falsidade da presente declaração e/ou a omissão do dependente poderão implicar em sanções civis e criminais previstas na legislação vigente, bem como, demais penalidades previstas no Contrato.

**DECLARAMOS** que estamos plenamente cientes de que a alteração do estado civil do dependente implicará na sua exclusão do Plano de Assistência à Saúde.

Chapecó (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do dependente**

\_\_\_\_\_  
**Nome**

\_\_\_\_\_  
**Nome**

\_\_\_\_\_  
**CPF**

\_\_\_\_\_  
**CPF**