**Manifestação de Manutenção do Plano de Saúde**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de contratante/titular do Plano de Assistência à Saúde firmado junto à Unimed Chapecó, registro na ANS sob n° 354295, solicito a **manutenção** do(a) meu(minha) dependente Sr(a).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ no referido plano de saúde, até que o(a) mesmo(a) complete 35 anos de idade, ou apresente-se nova manifestação. Estou ciente de que meu (minha) dependente poderá manter-se no plano enquanto permanecer com o estado civil “solteiro (a)”, e que deverei comunicar a Unimed Chapecó imediatamente a mudança do estado civil, sob pena responder administrativa e/ou civilmente pela omissão.

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

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

**Assinatura do Contratante (Titular)**