

FORMULÁRIO DE ENDEREÇO PESSOA FÍSICA

Alteração - Modalidade _____ Termo _____

Declaração de endereço para contratação de novo plano

Eu, _____, portador(a)
do RG n.º _____, órgão emissor _____, inscrito(a) no CPF sob o
n.º _____, venho através deste, informar o endereço a seguir:
Rua _____,
n.º _____, Complemento _____, Bairro
_____, Cidade/UF _____,
CEP: _____, para fins de recebimento dos boletos de pagamento ou
qualquer correspondência ou informação referente ao contrato com a Unimed Campo Grande
MS Cooperativa de Trabalho Médico.

E-mail: _____

Telefone: () _____

Estou ciente de que em caso de falsidade de informação estarei sujeito às penalidades
previstas na legislação específica.

Campo Grande - MS, ____/____/____.

Assinatura do Representante Legal