

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO PLANO DE SAÚDE JUNTO À BENEVEX ADMINISTRADORA

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____, telefone () _____, celular () _____, e-mail _____, **declaro sob as penas da Lei 7.115/83 e para os devidos fins junto à Unimed Chapecó, que não possuo documento apto para comprovar a minha residência, e que resido no seguinte endereço:** _____, nº _____, complemento _____, bairro _____, cidade _____, estado _____, CEP _____.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração ensejará aplicação das sanções civis e criminais cabíveis e, ainda, poderá implicar no cancelamento do produto contratado junto à Benevix Administradora de Benefícios Ltda, sem prejuízo da minha responsabilização por perdas e danos.

Local/ data: _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante