

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Titular:

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço
Residencial: _____

O(A) acima identificado(a), ciente do previsto nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro, DECLARA para fins de prestação de assistência médica-hospitalar pela Unimed Campinas, de acordo com o parágrafo 3, do artigo 226, da Constituição Federal e da Lei 9.278, de 10 de maio de 1996, que mantém união estável com a(o) abaixo indicada(o):

Dependente:

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço
Residencial: _____

Campinas, ____ de _____ de ____

Assinatura do Declarante Responsável