



À  
Coordenadoria de Gestão de Pessoas  
COHAB/CAMPINAS

Eu, \_\_\_\_\_,  
matrícula \_\_\_\_\_, empregado(a) desta Companhia de Habitação Popular  
de Campinas, declaro:

( ) Ter interesse em integrar o Convênio Médico firmado entre a COHAB  
CAMPINAS e a SAÚDE SANTA TEREZA LTDA., para prestação de serviços médico  
hospitalares, podendo ser descontado mensalmente de meu salário as importâncias  
para o pagamento das contribuições mensais e consultas, no plano ( ) Coletivo ou  
( ) Privativo, relativas a mim e aos dependentes abaixo relacionados.

Nome	Parentesco	Data Nascto.	CPF

Observações:

São considerados dependentes, para inclusão no Convênio Médico: cônjuge ou companheiro(a) devidamente comprovado; filhos solteiros até 24 anos; enteados solteiros até 24 anos; filhos inválidos de qualquer idade; tutelado, curatelado ou interdito sob a responsabilidade do empregado;

( ) Não ter interesse em integrar o Convênio Médico firmado entre a COHAB  
CAMPINAS e a SAÚDE SANTA TEREZA LTDA., para prestação de serviços médico  
hospitalares.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura