



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