

DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA

1

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE COMPROVAÇÃO DE ENDEREÇO, COMO REQUISITO PARA CADASTRAMENTO JUNTO AO PLAMHUV, QUE POSSUO RESIDÊNCIA/DOMICÍLIO NO ENDEREÇO INFORMADO ABAIXO:

SENDO ESTE ENDEREÇO UTILIZADO PARA RECEBIMENTO DE COBRANÇAS, NOTIFICAÇÕES E COMUNICAÇÕES DIVERSAS RESPONSABILIZANDO-ME INTEGRALMENTE PELO RECEBIMENTO DESTAS E SUAS CONSEQUENCIAS NO MEU PLANO DE SAÚDE E NO DE MEUS DEPENDENTES, AINDA QUE ENTREGUE NO LOCAL A PESSOA DIVERSA, CIENTE TAMBÉM DA NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL IMEDIATA JUNTO AO PLAMHUV EM CASO DE MUDANÇA. ASSUMO AS RESPONSABILIDADES PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, SOB AS PENAS DA LEI.

_____, _____ DE _____, DE _____

X _____

ASSINATURA DO DECLARANTE

NOME DO DECLARANTE: _____

CPF DO DECLARANTE: _____

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____