

DECLARAÇÃO

Pelo presente termo, eu, _____

declaro que estou ciente e de acordo que meu sobrinho(a) _____

será excluído(a) do plano UNESP Saúde ao completar 24 anos de idade*.

* No caso de Guarda ou Tutela, ao completar 18 anos de idade, automaticamente passará a ser agregado, e ao completar 24 anos de idade, o mesmo será excluído.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Titular