

Excelentíssimo Senhor Presidente da ADEPOL-PR

Dr. Adriano Chohfi

_____, ____ de _____ de 20____.

_____, Associado (a), portador (a)
do RG nº: _____, CPF nº: _____, vem mui respeitosamente,
solicitar a inclusão de SOS (Ambulância) junto ao Plano de Saúde Unimed.

Estou ciente que em caso de dependentes, todos seguirão o (a) titular na inclusão de SOS.

Valor mensal por pessoa R\$ 13,98.

Vigência para: ____/____/_____.

Atenciosamente,

Associado (a)/Requerente