

Eu, _____ (NOME COMPLETO), Defensor/a Público/a do Estado de São Paulo, portador/a do RG/CNH nº. _____, inscrito/a no CPF sob o nº. _____, Telefone: () _____, e-mail: _____, ciente de que o início de vigência do plano dar-se-á em 01 de abril de 2024 somente se houver a adesão mínima de 100 (cem) vidas até a data de 02 de março de 2024, contabilizando-se associadas/os e dependentes, manifesto interesse em aderir ao plano de saúde da Apadep com a Seguros Unimed, incluindo _____ (NÚMERO) dependentes, na modalidade:

com coparticipação

sem coparticipação

Opção:

Compacto

Efetivo

Completo

Superior

Sênior

São Paulo, ____ de _____ de 2024.

*Este documento deverá ser assinado pelo/a associado/a e enviado/a ao Whatsapp ou ao e-mail da Apadep, quais sejam: (11) 94939-2971 (Vitória) ou planosaude@apadep.org.br, com cópia do RG/CPF/CNH, até 01 de março de 2024.