



Eu, _____,

Defensor/a Público/a do Estado de São Paulo, portador/a do RG/CNH nº. _____,

inscrito/a no CPF sob o nº. _____, Estado Civil: _____,

Telefone: _____, e-mail: _____,

associado/a da Associação Paulista das Defensoras e Defensores Públicos - Apadep, manifesto interesse em aderir ao plano de saúde da Apadep com a Seguros Unimed, incluindo _____ dependentes, na modalidade:

☐ com coparticipação

☐ sem coparticipação

Opção:

☐ Compacto

☐ Efetivo

☐ Completo

☐ Superior

☐ Superior Plus

☐ Sênior

São Paulo, ____ de _____ de 202__.

**Este documento deverá ser assinado (manual ou digital) pelo/a associado/a e enviado/a ao Whatsapp ou ao e-mail da Apadep, quais sejam: (11) 9-4939-2971 ou planosaude@apadep.org.vr, com cópia do RG/CPF/CNH.*