**DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO PARA BENEFICIÁRIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Atualização de endereço | [ ]  Outro:       |
| Nome do titular do plano:       |
| CPF:       |
| Nome do responsável (preencher quando o titular for menor de idade):       |
| CPF:       |

Declaro sob as penas da Lei 7.115/83 e para os devidos fins junto à Unimed Sobral, que o endereço atualizado é:

nº , complemento , bairro: , cidade: , estado CEP .

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar nas sanções civis e criminais previstas na legislação vigente.

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

Local/Data ,  de  de .

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do(a) declarante (Titular ou responsável)

**Esta declaração deverá ser assinada e anexada juntamente com o formulário de solicitação de beneficiário (opção atualização de endereço).**