

DATA: _____/_____/20____

A
AFA / Unimed Curitiba

Ref.: INCLUSÃO TRANSPORTE AEROMÉDICO

Solicito inclusão do transporte aereomédico no plano de saúde junto a Unimed Curitiba,
para:

() titular

() dependente: Nome: _____

() dependente: Nome: _____

() dependente: Nome: _____

() dependente: Nome: _____

Nome do Titular: _____

Matricula Emater: _____

Assinatura: _____

Obs.: o transporte aeromédico tem carência de 24 meses para utilização.