



## DECLARAÇÃO

*Declaro junto à CELGODONTO, que tenho pleno conhecimento sobre os períodos de carência previsto no estatuto.*

*I – 06 (seis) meses de carência, quando o associado excluído reingressar no quadro de associados da CELGODONTO..*

*Declaro ainda, responsabilizar-me por quaisquer ônus que por ventura se encontre em meu nome até o presente momento, bem como por débitos futuros pela utilização das carteiras do plano odontológico CELGODONTO.*

*Por ser verdade firmo a presente.*

*Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.*

---

*Assinatura do Associado*

*Matrícula \_\_\_\_\_*