

DECLARAÇÃO

Declaro junto à CELGMED, que tenho pleno conhecimento sobre os períodos de carência previsto art 41 do Regulamento desta Entidade:

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

II – 10 (dez) meses de carência, quando se tratar de casos obstétricos.

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 saúde CELGMED.

Por ser verdade firmo a presente.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Associado

Matrícula _____