

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO**

**REQUERIMENTO**

**MANUTENÇÃO DE FILIAÇÃO AO PLANO DE SAÚDE  
(LEI MUNICIPAL 549/10)**

Eu, \_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_, solicito que seja mantida a minha  
filiação, e de meus dependentes, ao Plano de Saúde Unimed, em virtude de  
meu desligamento/afastamento junto à Prefeitura Municipal de Ouro Preto,  
nos termos da Lei Municipal 549/10, de 12/03/10.

Ouro Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Endereço/Fone: