

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REAJUSTE

Eu,-----portador(a)  
do CPF/MF nº-----declaro, para os devidos fins  
de direito, que a data de reajuste a ser aplicado no coletivo por  
adesão, mantido entre o SINDSEMP e a UNIMED – BH,  
independente da data de minha adesão e vigência a contrato de  
referência. Desta forma, estou ciente que o valor total expresso  
em minha proposta de adesão sofrerá, em 1º de \_\_\_\_\_de  
20\_\_\_, a aplicação do reajuste sobre o valor mensal do meu  
benefício e de meu(s) dependente(s), se houver(em).

PROPOSTA DE ADEÃO Nº 0181060

DATA DE ADESÃO: ----/-----/----- E VIGÊNCIA ----/-----/-----

NOME DO TITULAR: -----

CPF: -----

-----

ASSINATURA DO TITULAR