

DECLARAÇÃO

Nome da Empresa: _____

- Plano Coletivo / Adesão
- Plano Coletivo / Empresarial
- Plano Individual / Familiar
- Plano Referência

Pelo presente instrumento, **DECLARO**, para os devidos fins e efeitos, que, nesta data, recebemos da **UNIMED SOBRAL - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA .**, inscrita no CNPJ sob o nº 07.649.106./0001-60, Operadora de plano de Saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 30317-8 com sede na Av. Dom José Tupinambá da Frota , nº 1951, Centro - CEP 62010-290, em Sobral/CE, a *Guia de Leitura Contratual - GLC* e o *Manual de Orientação para contratação de planos de saúde - MPS*, a que se refere a resolução Normativa nº 195 e demais dispositivos de regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS , pelo que afirmo a presente declaração, a qual será tida por firme e valiosa em qualquer tempo e lugar.

Sobral/CE, _____ de _____ de 20 _____

Nome Legível do Beneficiário	Assinatura do beneficiário titular:
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
Nome Legível do Vendedor	Assinatura do Vendedor: