

# DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DA OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Por meio da presente, a \_\_\_\_\_,  
inscrita no CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_,  
com endereço: \_\_\_\_\_,

DECLARA, sob as penas da Lei, que este Plano de Assistência à Saúde Suplementar, Nome social \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, está registrado na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o nº \_\_\_\_\_,

e cumpre todas as exigências e condições previstas na Lei nº 9.656/98 e nas Resoluções da ANS, assegurando ao contratante, dentre outros requisitos previstos o atendimento de urgência e emergência em todo território nacional

A presente DECLARAÇÃO destina-se a possibilitar a concessão do Auxílio de Caráter Indenizatório ao servidor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, para ressarcimento parcial dos custos com o Plano de Assistência à Saúde contratado.

Estamos cientes de que a falsidade das informações aqui prestadas incorre no disposto no art. 299 do Código Penal Brasileiro – CPB.

---

Local e Data

---

Responsável pela Empresa  
Assinatura e Carimbo