**MODELO DE DECLARAÇÃO DE TITULARIDADE**

**LOGOTIPO DA OPERADORA/ADMINISTRADORA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Razão Social da Operadora de plano de saúde), , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CNPJ da operadora), com Registro na Agência Nacional de Saúde - ANS sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_ (registro da operadora) com sede na (endereço) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declara para fins de ressarcimento junto à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, que o Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , é titular do plano de saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, e tem como dependentes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Grau de parentesco** | **Vigência** | **Valor** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declara ainda, que o referido plano atende às exigências da ANS e apresenta as seguintes coberturas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura e carimbo do responsável pelas informações

ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM 03/12/2015