

(papel timbrado)

DECLARAÇÃO
(PLANO REGULAMENTADO)

Declaramos para os devidos fins, perante o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) que o Sr. (nome do servidor) é titular e usuário, vinculado ao (nome do plano de saúde) prestado por essa Operadora de Plano de Assistência à Saúde, tendo como dependente (nome dos dependentes caso existam) e que os serviços estão de acordo com o Termo de Referência Básico, anexo à Portaria Normativa nº 5/MP, publicada no DOU de 13/10/2010) e à Resolução Normativa nº 167/2007 – ANS, registrado na ANS sob o nº _____.

_____, ____/____/20____.

(assinatura e carimbo)