

(papel timbrado)

DECLARAÇÃO

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, que os serviços estão de acordo com a Resolução Normativa nº 387/2015 – ANS, possuindo autorização de funcionamento e comercialização pela ANS.

Outrossim, declaramos o que segue:

Titular	Registro ANS	Inclusão	Plano	Tipo de Plano
Dependentes	Registro ANS	Inclusão	Plano	Tipo de Plano

_____, ____/____/20____.

Assinatura
Departamento
Carimbo