

(papel timbrado)

DECLARAÇÃO
(PLANO NÃO 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), registrado na ANS sob o nº

_____.

_____, ____/____/20____.

(assinatura e carimbo)