



SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO HUMANO

DECLARAÇÃO PARA CONCESSÃO MANUTENÇÃO/ALTERAÇÃO/MUDANÇA/REATIVAÇÃO

Declaro que possuo plano ou seguro privado de assistência à saúde (médico/hospitalar/odontológico) contratado junto à empresa/operadora _____, CNPJ nº _____ reconhecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS) sob o nº _____, cuja mensalidade importa em R\$ _____ (_____).

Declaro que são meus dependentes para efeito da percepção do auxílio-saúde:

Nome (s):	Data de nascimento:	Grau de parentesco:	Valor por dependente:

Eu, _____, possuidor do plano ou seguro privado de assistência à saúde (médico/ hospitalar/odontológico) acima descrito.

Palmas, _____ de _____ de _____.

INTERESSADO (A)