

## **DECLARAÇÃO – PLANO DE SAÚDE PARTICULAR**

Por meio da presente declaração, a \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº. \_\_\_\_\_ e registrada na ANS sob o nº. \_\_\_\_\_, localizada no \_\_\_\_\_.  
DECLARA que o plano de saúde contratado pelo servidor \_\_\_\_\_, matrícula SIAPE nº. \_\_\_\_\_, cumpre todas as exigências e condições previstas na Lei nº. 9.656/98, bem como, também, ao Termo de Referência Básica da Portaria Normativa nº. 05, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de 11 de outubro de 2010, publicada no DOU de 13/10/10.

A falsidade das informações prestadas submeterá o signatário ao disposto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

..... de ..... de .....

---

**(assinatura com RG, CPF e Carimbo identificador do signatário e do cargo)**

## **DECLARAÇÃO – PLANO DE SAÚDE PARTICULAR / INCLUSÃO DE DEPENDENTE**

Por meio da presente declaração, a \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº. \_\_\_\_\_ e registrada na ANS sob o nº. \_\_\_\_\_, localizada no \_\_\_\_\_.  
DECLARA que o plano de saúde contratado pelo servidor \_\_\_\_\_, matrícula SIAPE nº. \_\_\_\_\_, cumpre todas as exigências e condições previstas na Lei nº. 9.656/98, bem como, também, ao Termo de Referência Básica da Portaria Normativa nº. 05, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de 11 de outubro de 2010, publicada no DOU de 13/10/10.

A falsidade das informações prestadas submeterá o signatário ao disposto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

..... de .....

---

**(assinatura com RG, CPF e Carimbo identificador do signatário e do cargo)**