

Declaro que tenho conhecimento que estou adquirindo o PLANO AMBULATORIAL BOA SAÚDE – RUBI INDIVIDUAL / FAMILIAR da Operadora UNIX SAÚDE LTDA, um Plano de Saúde Ambulatorial com abrangência restrita ao município do Salvador, no Estado da Bahia, em conformidade com o registro concedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 41813-7.

Declaro ainda que me foi prestado todas as orientações sobre a localização da Rede Credenciada oferecida pelo Plano, inclusive para atendimentos de urgência e emergência na cidade do Salvador.

Para maiores informações, ligue: 71 2101-3400.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável

CPF: _____

Número da Proposta: _____