

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Eu, _____,
inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

DECLARO que recebi todos os documentos listados abaixo, no ato da assinatura da contratação de plano privado de assistência à saúde ofertado pela Operadora Medisanitas Brasil Assistência Integral à Saúde S/A, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 34.852-0, inscrita no CNPJ sob o nº 62.550.256/0016-06, não restando qualquer dúvida relativa à mencionada contratação.

Lista de documentos recebidos:

- Proposta de adesão;
- Declaração de Saúde;
- Carta de Orientação ao Beneficiário;
- Guia de Leitura contratual e contrato de prestação de serviços;
- Manual de orientação para contratação de plano de saúde;

Ademais, DECLARO que estou ciente que o manual com a relação de todos os profissionais da saúde encontra-se atualizado e disponibilizado no site da referida Operadora, para acesso amplo e irrestrito por mim.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surtam os devidos efeitos legais.

_____, _____, de 20____.

(Assinatura do representante legal)

