



Registro ANS Nº 418781

DECLARAÇÃO

ABRANGÊNCIA

Declaro que tenho conhecimento que estou adquirindo o Plano SAÚDE CASSEB - Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia, um Plano de Saúde com abrangência restrita ao município de Salvador, no estado da Bahia, em conformidade com o registro concedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – nº 418781.

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 apenas na cidade de Salvador.

_____, ____/____/____

Assinatura do Responsável

CPF: _____

Número da Proposta: _____
