

Salvador, de de 2018

A Hapvida Assistência Médica Ltda.

Prezados Senhores, Declaramos, para todos os fins de direito e prova, que a empresa CNPJ:

_____/_____

assume toda e qualquer Responsabilidade, seja legal, financeira ou outra, pelas informações prestadas para fins de cadastro dos seus colaboradores e dependentes, junto à operadora Hapvida Assistência Médica Ltda.

Desta forma, não apresentamos os documentos comprobatórios, necessários para as movimentações cadastrais, nos comprometendo a mantê-los em nossos arquivos e a enviá-los, e, até 48 (quarenta e oito) horas, à Operadora no caso de necessidade de comprovação junto a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou qualquer outra comprovação necessária para a Operadora.

Declaramos ainda, que TODAS as inclusões efetivadas por nossa empresa estão de acordo com as condições contratuais e, em especial, às disposições previstas na Resolução Normativa nº 195 (e alterações posteriores) da ANS.

Sem mais, agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Assinatura Empresa e Carimbo