

## DECLARAÇÃO PARA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO CONTRATO PESSOA FÍSICA

**ANS - nº 384577**

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a),  
residente e domiciliado(a) na cidade de \_\_\_\_\_,  
Av./Rua/Al.: \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, portador de RG nº  
\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_\_,  
declaro que sou responsável financeiro pelo Plano de Saúde do(a)  
\_\_\_\_\_, cadastrado no  
CPF: \_\_\_\_\_.

a) na UNIMED UBERLÂNDIA C OOPERATIVA REGIONAL TRABALHO MEDIC O LTDA, código do  
contrato:

\_\_\_\_\_ a partir da presente data.

Parentesco do titular: \_\_\_\_\_

E por ser verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor e forma.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Responsável*

CPF: \_\_\_\_\_

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_