

Declaração de Pagamentos

A NOME DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE , inscrita no CNPJ nº X X . X X X . X X X /XXXX-XX, registrada na ANS sob o nº X X X X X - X , DECLARA,
Sr(a)NOME,contratante do plano de saúde oferecido por esta Operadora de assistência médica e hospitalar, de acordo com a, cujas cobranças de mensalidades de plano de saúde são discriminadas abaixo para o ano de referência solicitado:

Contrato: NUMERO Ano Base: 2025

Dados dos Beneficiários Contratante e/ou Titular:

Contratante	Código do Titular	Titular	Inclusao	Nascimento
NOME COMPLETO CONTRATANTE	XXXXXXXXXX	NOME COMPLETO TITULAR	DATA	DATA

Beneficiario	Codigo	Competencia	Mensalidade	Data de Pagamento
NOME COMPLETO TITULAR	XXXXXXXXXX	202501	R\$VALOR	DATA
		202502	R\$VALOR	DATA
		202503	R\$VALOR	DATA
		202504	R\$VALOR	DATA
		202505	R\$VALOR	DATA
		202506	R\$VALOR	DATA
		202507	R\$VALOR	DATA
		202508	R\$VALOR	DATA
		202509	R\$VALOR	DATA
		202510	R\$VALOR	DATA
		202511	R\$VALOR	DATA
		202512	R\$VALOR	DATA
NOME COMPLETO DEPENDETE	XXXXXXXXXX	202501	R\$VALOR	DATA
		202502	R\$VALOR	DATA
		202503	R\$VALOR	DATA
		202504	R\$VALOR	DATA
		202505	R\$VALOR	DATA
		202506	R\$VALOR	DATA
		202507	R\$VALOR	DATA
		202508	R\$VALOR	DATA
		202509	R\$VALOR	DATA
		202510	R\$VALOR	DATA
		202511	R\$VALOR	DATA
		202512	R\$VALOR	DATA

CITAR TODOS OS DEPENDETES

Belem, segunda-feira, D A T A

ASSIATURA DO GERENTE
OU RESPONSÁVEL
Gerente de Contratos de Beneficiários