

## DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE MEI – Microempreendedor Individual

Nome do Titular:	
CPF:	
RG:	
Razão Social do MEI:	
NIRE:	
MEI/CNPJ:	
Endereço:	
Bairro:	
Cidade e UF:	
CEP:	

DECLARO para os devidos fins de Direito, que sou o (a) Responsável Legal pela pessoa jurídica acima identificada, a qual se encontra ativa e regularmente constituída conforme os dados listados acima.

ADICIONALMENTE, DECLARO ESTAR CIENTE DAS CONDIÇÕES ABAIXO ENUMERADAS:

1. O Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura às pessoas delimitadas e vinculadas à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária, bem como a seus dependentes regularmente inscritos, conforme as cláusulas contratuais pactuadas entre a referida pessoa jurídica e a operadora do plano.
2. A regularidade do MEI/CNPJ é condição essencial para a continuidade do contrato com a **Ideal Saúde Assistência Médica Ambulatorial Ltda.**
3. No caso de dissolução da pessoa jurídica, com o cancelamento do MEI/CNPJ, a **Ideal Saúde Assistência Médica Ambulatorial Ltda.** deverá ser comunicada em até 24 (vinte e quatro) horas, para que estas PARTES formalizem a rescisão do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial, sob pena da pessoa jurídica declarante responder por todos os danos eventualmente suportados pela referida Operadora em decorrência do firmado neste instrumento.

Brasília-DF,

---

Assinatura do Titular

*OBSERVAÇÃO: Caso as informações aqui declaradas fiquem caracterizadas como inverídicas, a proposta comercial poderá ser recusada ou o contrato rescindido, de acordo com previsão contratual.*