**D E C L A R A Ç Ã O**

Eu, **CHARLIENE CERQUEIRA VIEIRA**, Microempreendedor Individual conforme lei complementar nº 128 de 19/12/2008, residente e domiciliado ESTRADA DA MURIÇOCA, 158 – BL P – APT 204 - CD LOGOA VERDE – SÃO MARCOS – SALVADOR/BA, portador de documento de identidade 3590104 e CPF 393.907.995-20, declaro para fins de contratação de Seguro Saúde junto à Sul América Companhia de Seguro Saúde, que sou responsável legal pela empresa **CHARLIENE CERQUEIRA VIEIRA 39390799520**, cadastrada sob CNPJ **nº 34.378.916/0001-00**, constituída em **31/07/2019** e que se encontra ativa.

Declaro adicionalmente que tenho ciência do previsto no artigo 5º da Resolução Normativa RN nº 195, de 14/07/2009, da ANS, e que minha empresa cumpre os requisitos necessários para contratação de plano coletivo empresarial.

Tenho ciência que, em sendo constatadas irregularidades nas informações declaradas, poderá ensejar recusa da proposta de adesão à Seguradora de Saúde ou cancelamento do contrato pela SulAmérica Saúde.

Salvador-Ba, 28 de Abril de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHARLIENE CERQUEIRA VIEIRA**

**393.907.995-20**