

PLANO REFERENCIA DISPONÍVEL OFERECIDO Referência E - Nº 432.754/00-3

Razão Social / Nome da Empresa	C.N.P.J
Representante Legal da Empresa	C.P.F.

Pela presente declaro que tenho conhecimento do Plano Referência acima explicitado, que me foi oferecido pela INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE S.A., C.N.P.J. nº 44.649.812/00001-38, com registro na ANS o nº 359017, de acordo com a Lei nº 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, que institui sua disponibilidade pela Operadora, e que após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação dos planos:

SEM CO-PARTICIPAÇÃO**Acomodação Coletiva**

- Max 200 (455.925/07-8)
- Max 250 (457.317/08-0)
- Max 300 (456.020/07-5)
- Max 350 (457.352/08-8)
- Max 400 (456.025/07-6)

Acomodação Individual

- Max 300 Plus (456.023/07-0)
- Max 350 Plus (457.356./08-1)
- Max 400 Plus (456.027/07-2)

COM CO-PARTICIPAÇÃO**Acomodação Coletiva**

- Max I 200 (456.007/07-8)
- Max I 250 (457.322/08-6)
- Max I 300 (456.031/07-1)
- Max I 350 (457.353/08-6)
- Max I 400 (456.036/07-1)

Acomodação Individual

- Max I 300 Plus (456.034/07-5)
- Max I 350 Plus (457.357/08-9)
- Max I 400 Plus (456.038/07-8)

Local e data

Assinatura do Titular e/ou Responsável Econômico Financeiro