

Declaração de Abrangência Contratual do Plano de Saúde

Eu, _____, portador do
RG nº _____ inscrito no CPF nº _____,
tenho ciência de que o meu plano de saúde, contratado com a PROMÉDICA
PROTEÇÃO MÉDICA A EMPRESAS S/A, conforme opção escolhida abaixo, possui
cobertura de assistência à saúde de acordo com à área de abrangência e área de
atuação informada nesta declaração, considerando o registro dos planos junto à
Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS.

Opção de Plano:

Plano Coparticipado Promix –Registro nº 468.830/13-9 (Enfermaria – Coletivo
Empresarial).

Grupo de Municípios: Salvador, Camaçari, Simões Filho, Dias D’avila, Candeias e
Lauro de Freitas.

Plano Coparticipado Class 10 –Registro nº 468.838/13-4 (Apartamento – Coletivo
Empresarial).

Grupo de Municípios: Salvador, Camaçari, Simões Filho, Dias D’avila, Candeias e
Lauro de Freitas.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Beneficiário Titular