

| Trimestre | Início | Fim | Faixa | IO | Diferença % do IO em relação ao ciclo anterior | Mesma metodologia? (S/N) |
|-----------|--------|-----|-------|----|--|--------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Diante do exposto, a OPERADORA declara que [descumpriu/cumpriu parcialmente/cumpriu integralmente] as obrigações assumidas no TCAC nº ____/____.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Representante Legal
VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

Signature Not
Verified

Digitally signed by
MAURÍCIO NUNES DA
SILVA:01242843705
Date: 2020.07.03
12:43:57 BRT
Reason: Auto
Location: Rio de Janeiro

DS
DS
DS
DS
AF
FPJ