

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

~~ANEXO I – Solicitação de Reajuste – RN nº _____/08~~

~~À ANS~~

~~DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO
SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE~~

~~A operadora _____ (RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA) _____, inscrita sob o CNPJ nº _____ (CNPJ) _____, Registro na ANS nº _____ (REGISTRO) _____, vem solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autorização para aplicação de reajuste da contraprestação pecuniária aos planos individuais e familiares, no máximo no percentual estabelecido pela ANS, conforme previsto na RN nº 171/08, no período compreendido entre os meses _____ (MÊS/ANO) _____ e abril _____ (ANO) _____.~~

~~Esta operadora, por meio de seu responsável legal perante a ANS assume a responsabilidade pelos dados e por eventuais incorreções que comprometam a autorização do reajuste em tempo hábil.~~

~~**{Cidade}, {Data}**~~

~~**Assinatura**~~

~~Nome do Responsável Legal da Operadora perante a ANS
{Cargo}~~

"(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

ANEXO I

Solicitação de Reajuste - RN nº 171/08
(Redação dada pela RN nº 362, de 04/12/2014)

À ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO
SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE

A operadora ____ (RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA) ____, inscrita sob o CNPJ nº ____ (CNPJ) ____, Registro na ANS nº ____ (REGISTRO) ____, vem solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autorização para aplicação de reajuste da contraprestação pecuniária aos planos individuais e familiares, no máximo no percentual estabelecido pela ANS, conforme previsto na RN nº 171/08, para os contratos com aniversário no período compreendido entre os meses de maio/ ____ (ANO) ____ e abril/ ____ (ANO) ____.

Esta operadora, por meio de seu representante, assume a responsabilidade pelos dados e por eventuais incorreções que comprometam a autorização do reajuste em tempo hábil.

(Cidade), (Data)

Assinatura
Nome do Representante da Operadora
(Cargo)" (NR)

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

ANEXO II
Declaração de Ausência de Reajuste – RN nº _____/08

À ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE REAJUSTE

A operadora _____ (*RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA*) _____, inscrita sob CNPJ nº _____ (*CNPJ*) _____, Registro na ANS nº _____ (*REGISTRO*) _____, por intermédio de seu representante legal, em atendimento ao disposto no § 3º do art. 3º da RN nº 171/08, declara que não aplicou reajuste no período compreendido entre _____ (*MÊS/ANO*) _____ e _____ (*MÊS/ANO*) _____, às contraprestações pecuniárias dos seus planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

(*Cidade*), (*Data*)

Assinatura

Nome do Responsável Legal da Operadora perante a ANS
(Cargo)