

(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 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)