

## APRESENTAÇÃO DAS FAIXAS ETÁRIAS DO PLANO DE SAÚDE

A Unimed de Avaré Cooperativa de Trabalho Médico, operadora de plano privado de assistência à saúde regularmente inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 30.412-3, CNPJ nº 50.368.034/0001-01, observando o disposto no artigo 15, da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, comunica vossa senhoria, conforme tabela abaixo os valores do plano de saúde \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, produto registrado na ANS sob o nº \_\_\_\_\_, o qual vossa senhoria esta sendo incluído pela pessoa jurídica \_\_\_\_\_.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Mensalidade</b>
00 a 17 anos	R\$
18 a 29 anos	R\$
30 a 39 anos	R\$
40 a 49 anos	R\$
50 a 59 anos	R\$
60 a 69 anos	R\$
Acima de 70 anos	R\$

Informamos que estes valores, reajustados anualmente no mês de \_\_\_\_\_ data de aniversário do contrato, observando as respectivas faixas etárias, correspondente ao valor que vossa senhoria terá que desembolsar caso tenha direito de acordo com artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/98 e interesse de manter a sua condição de beneficiário de sua demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Declaro que recebi o manual de orientação para contratação do plano de saúde (MPS) e o guia de leitura contratual (GLC), de forma:

Impressa  Digital

Afirmo também que fui informado sobre as alterações de prestadores que estão disponíveis no site <http://www.unimedavare.coop.br>, no link **Substituição de Prestadores** e no Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) nº 0800 770 68 55.

Avaré, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Unimed de Avaré Cooperativa de Trabalho Médico

Assinatura do Beneficiário: \_\_\_\_\_

Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_

CPF do Beneficiário: \_\_\_\_\_