

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 _____.

Faixa Etária	Mensalidade
00 a 18 anos	R\$
19 a 23 anos	R\$
24 a 28 anos	R\$
29 a 33 anos	R\$
34 a 38 anos	R\$
39 a 43 anos	R\$
44 a 48 anos	R\$
49 a 53 anos	R\$
54 a 58 anos	R\$
Acima de 59 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: _____