

# Declaração de Ciência de Reajuste

Proposta Contratual nº \_\_\_\_\_

Vigência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANS- nº 41.764-5



**Nunes & Grossi**  
Benefícios

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de direito, que estou ciente que a data de reajuste a ser aplicado no contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão, junto à Operadora de Saúde \_\_\_\_\_, por meio da Entidade de Classe a qual sou associado(a), conforme disposto na Proposta Contratual acima, que é contratado e administrado pela Nunes & Grossi Administradora de Benefícios e Serviços Ltda, será aplicado anualmente no mês de \_\_\_\_\_, e não terá relação com a data de minha adesão ao contrato em referência.

Declaro também que tenho ciência que meu Plano Coletivo por Adesão seguirá as regras legais próprias para reajuste que consideram entre outros fatores o cálculo da sinistralidade e que estas regras são distintas dos reajustes aplicados nos Planos Individuais para Pessoas Físicas que são determinados anualmente pela ANS (Agência Nacional de Saúde).

Desta forma, estou ciente que o valor total expresso em minha Proposta Contratual sofrerá, em \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, a aplicação de reajuste nos termos da ANS para Planos Coletivos por Adesão sobre o valor mensal do meu benefício e de meu(s) dependente(s).

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

\_\_\_\_\_  
Nome do Corretor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Corretor