**D E C L A R A Ç Ã O**

Eu, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, representante da empresa xxxxxx <razão social completa>, devidamente inscrita sob o CNPJ nº xxxxxxxxxxxxx, DECLARO, para os devidos fins, que, em atendimento à Resolução Normativa nº 565/2022 da ANS, no período indicado na tabela abaixo, houve comunicação do percentual de reajuste de mensalidade e de teto de coparticipação (reajuste anual por variação de custos) por parte da Unimed xxxxxxxxx<razão social completa>, inscrita no CNPJ sob o nº xxxxxxxxxxxxx, pelos seguintes canais: *e-mail*, Correios e/ou fatura de mensalidade, bem como a disponibilização da mesma informação no portal corporativo da Operadora na *Internet*, em área destinada às pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde. DECLARO ainda que os percentuais e valores indicados a seguir decorrem do cumprimento de cláusula contratual e acordo entre as partes.

**PLANO XXX – Nº DE REGISTRO ANS: XXX.XXX-XX/X**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA DE ANIVERSÁRIO** | **% ÍNDICE APLICADO** | **VALOR DO TETO ORIGINAL** | **VALOR DO TETO REAJUSTADO** |
| XX/XXXX | X% | R$ XX | R$ XX |
| XX/XXXX | X% | R$ XX | R$ XX |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Cidade, xx de xx de 20xx.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

Contratante xxx

<se mais de 01 página, é necessário rubrica nas demais páginas>