

CARTA CONTESTANDO AUMENTO EM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

REMETENTE E DESTINATÁRIO

Emitente: nome / razão social e CPF / CNPJ

Emitente: endereço e contato

Destinatário: nome / razão social e identificação

Destinatário: endereço / órgão / unidade

COMUNICAÇÃO

Apresentamos contestação do reajuste identificado e solicitamos análise e esclarecimentos sobre os critérios e documentos relacionados, conforme os motivos descritos.

Contrato / plano, titular e beneficiários

Reajuste comunicado, percentual e data

CARTA CONTESTANDO AUMENTO EM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Motivos objetivos da contestação

Documentos e esclarecimentos solicitados

Pedido e prazo / canal para resposta

LOCAL, DATA E ASSINATURAS

Cidade / UF e data de assinatura

Emitente / responsável

Recebedor: ciência, se aplicável