**CARTA CONTESTANDO AUMENTO DECORRENTE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA EM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

        De: **CONTRATANTE**  
        Para: **CONTRATADO**  
         
        **NESTA   
        REF.: CONTESTAÇÃO DE AUMENTO DECORRENTE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA EM CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**  
         
         
        Prezado Senhor **CONTRATADO**:   
         
        No dia (xxx), foi assinado contrato de assistência médica entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADO**, onde ficou acertado que este último forneceria o seguinte plano de saúde (xxx) (Descrever o tipo ou a modalidade de plano de saúde acertado entre as partes).   
         
        Em (xxx), eu, o **CONTRATANTE**, fui informado do aumento da mensalidade do plano de saúde, decorrente da mudança de faixa etária em que originariamente me encontrava quando da assinatura do contrato.  
         
        Como não havia, no contrato assinado entre as partes, previsão de aumento e os respectivos percentuais para o caso de mudança de faixa etária do beneficiário, o **CONTRATADO** não poderia ter promovido a alteração no valor da mensalidade, o que contrataria o previsto nas leis nºs 8.078/90 e 9.656/98.  
         
        Em razão disso, venho por meio desta solicitar a imediata redução, pelo **CONTRATADO**, da mensalidade do plano de saúde. Caso este pedido não seja atendido, o **CONTRATANTE**buscará as medidas judiciais necessárias para resguardar seu direito.  
         
        Sem mais  
         
        Assino a presente  
         
        (Local, data e ano)  
         
        (Nome e assinatura do Contratante)