

Assinalar para qual tipo de Assistência se dará a movimentação

<input type="checkbox"/> Médica	Código Empresa na Assist. Médica	<input type="text"/>	Filial	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dental	Código Empresa na Assist. Dental	<input type="text"/>	Filial	<input type="text"/>

Obs.: No caso da movimentação na Assistência Médica e Dental, favor preencher as duas opções acima.

Esta movimentação pode ser processada fora do período de movimentação da empresa?

<input type="checkbox"/> Sim**	<input type="checkbox"/> Não	**OBS.: Os casos de inclusões processadas fora do período de movimentação, serão cobrados em duplicidade na próxima fatura, pois trata-se de pré-pagamento.
--------------------------------	------------------------------	---

Assinalar o tipo de movimentação que será realizada

INCLUSÃO DE	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependentes	***Beneficiário Contribuinte	
EXCLUSÃO DE	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependentes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
TRANSFERÊNCIA ENTRE	<input type="checkbox"/> Filiais	<input type="checkbox"/> Empresas Coligadas		
ALTERAÇÃO DE	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Dados Cadastrais		
ADITIVOS	Resgate		Multiviagem	
	<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Exclusão

Dados do beneficiário titular (campo obrigatório para qualquer tipo de movimentação)

CPF do Titular*	Nome completo e sem abreviações*
Continuação (Nome completo e sem abreviações)	
Número do Cartão Médico do Titular	Número do Cartão Dental do Titular

MOTIVO DA EXCLUSÃO

<input type="checkbox"/> demissão ou exoneração sem justa causa	<input type="checkbox"/> demissão ou exoneração com justa causa	<input type="checkbox"/> aposentadoria
<input type="checkbox"/> outro		
Se demitido, informar a data de demissão:	____/____/____	
***Se contribuía, foi o beneficiário informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
***Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato:		
Opção exercida:	<input type="checkbox"/> Continuidade do benefício	<input type="checkbox"/> Não continuidade do benefício
	Data da opção: ____/____/____	
***Se contribuía, qual o tempo de contribuição do beneficiário para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?		
<input type="text"/> anos	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> dias

*****Beneficiário contribuinte é aquele que contribuía com parte ou integralmente para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.**

*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do beneficiário titular

Assinatura e carimbo da contratante

Preencher os campos abaixo, somente para as opções: Inclusão de Titular e Alteração de dados Cadastrais do Titular. Para a opção Inclusão, ainda deverá ser preenchido o documento Declaração de Saúde.

Data de Nascimento*	Data de Admissão	Matrícula Funcional	Cargo ou Função na Empresa
---------------------	------------------	---------------------	----------------------------

Código do Setor	Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)
-----------------	-----------------------------------

Nome Completo da Mãe, sem Abreviaturas*

Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros
---	--

Tipo de Plano Médico Escolhido*	PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido*	PRC Dental DJ
---------------------------------	---------------	---------------------------------	---------------

Endereço para correspondência do beneficiário titular

Cep	UF	Município
-----	----	-----------

Rua, Av., Travessa etc.

Número/Lote	Complemento (Apto, Bloco, Quadra)	Bairro
-------------	-----------------------------------	--------

Telefone para Contato 1	Telefone para Contato 2
-------------------------	-------------------------

E-mail

Preencher os campos abaixo, somente para as opções: Inclusão de Dependentes e Alteração de dados Cadastrais de Dependentes. Para a opção Inclusão, ainda deverá ser preenchido o documento Declaração de Saúde.

CPF*	Nome completo e sem abreviações*
------	----------------------------------

Continuação (Nome completo e sem abreviações)

Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
-----------------------------------	--

1 Data de Nascimento*	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros
-----------------------	---

Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*
--

Sexo:* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:* <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros
--	---

Tipo de Plano Médico Escolhido*	PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido*	PRC Dental DJ
---------------------------------	---------------	---------------------------------	---------------

CPF*	Nome completo e sem abreviações*
------	----------------------------------

Continuação (Nome completo e sem abreviações)

Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
-----------------------------------	--

2 Data de Nascimento*	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros
-----------------------	---

Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*
--

Sexo:* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:* <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros
--	---

Tipo de Plano Médico Escolhido*	PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido*	PRC Dental DJ
---------------------------------	---------------	---------------------------------	---------------

Local e Data	Assinatura do Responsável
--------------	---------------------------

*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os Campos PRC Médico JR e PRC Dental DJ são para uso exclusivo da operadora.

ANS - nº 326305

CPF*	Nome completo e sem abreviações*		
Continuação (Nome completo e sem abreviações)			
Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)		Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
3 Data de Nascimento*	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros		
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*			
Sexo:* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil:* <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros			
Tipo de Plano Médico Escolhido*		PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido*
			PRC Dental DJ

Os Campos PRC Médico JR e PRC Dental DJ são para uso exclusivo da operadora.

Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: Exclusão de Dependentes

Dados do dependente que será excluído do contrato

1	Nome completo*	Data de nascimento*
2	Nome completo*	Data de nascimento*
3	Nome completo*	Data de nascimento*

Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: Transferência

Dados atuais	Dados para onde deverá ocorrer a transferência		
Matrícula Atual	Código Empresa/Coligada na Assist.Médica	Filial Nova	Matrícula Nova
Os códigos atuais da empresa devem estar preenchidos no início da folha 1 deste formulário.	Código Empresa/Coligada na Assist. Dental	Filial Nova	Matrícula Nova

Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: Alteração de Plano

Plano atual	Plano para o qual deseja migrar	
Tipo de plano Médico atual	Tipo de plano Médico desejado	Acomodação <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Privativo
Tipo de plano Dental atual	Tipo de plano Dental desejado	

Local e Data

Assinatura do Responsável

*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).