

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"/>

Nome da Empresa

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?

Sim** 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 Contributário <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
EXCLUSÃO DE	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependentes	
TRANSFERÊNCIA ENTRE	<input type="checkbox"/> Filiais <input type="checkbox"/> Empresas Coligadas	
ALTERAÇÃO DE	<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Dados Cadastrais	
ADITIVOS <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Resgate	
	<input type="checkbox"/> Vida Tranquila <input type="checkbox"/> Vida Bem Segura	<input type="checkbox"/> Multiviagem
	<input type="checkbox"/> Vida Bem Segura Assistência	

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

demissão ou exoneração sem justa causa demissão ou exoneração com justa causa aposentadoria

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?**

Sim Não

*****Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa?**

Sim Não

Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato:

Opção exercida: Continuidade do benefício 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?**

anos meses dias

Data da primeira contribuição:* _____/_____/_____

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

_____, _____ 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 - 19326305

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