

Assinalar para qual tipo de Assistência se dará a movimentação

☐ Médica

Código Empresa na Assist. Médica

--	--	--	--	--	--	--	--

Filial

--	--	--

☐ Dental

Código Empresa na Assist. Dental

--	--	--	--	--	--	--	--

Filial

--	--	--

Nome da Empresa

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

Assinalar o tipo de movimentação que será realizada**INCLUSÃO DE**☐ Titular☐ Dependentes*****Beneficiário Contributário****EXCLUSÃO DE**☐ Titular☐ Dependentes☐ Sim☐ Não**TRANSFERÊNCIA ENTRE**☐ Filiais☐ Empresas Coligadas**ALTERAÇÃO DE**☐ Plano☐ Dados Cadastrais**ADITIVOS****Resgate****Multiviagem**☐ Inclusão☐ Exclusão☐ Inclusão☐ 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☐ demissão ou exoneração sem justa causa☐ demissão ou exoneração com justa causa☐ aposentadoria☐ a pedido do cliente

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 contributivo é aquele que contribuía 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: ☐ M ☐ F	Estado Civil: ☐ solteiro ☐ casado ☐ separado ☐ viúvo ☐ divorciado ☐ 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: ☐ pai/mãe ☐ cônjuge ☐ filho(a) ☐ outros
-----------------------	---

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

Sexo:* ☐ M ☐ F	Estado Civil:* ☐ solteiro ☐ casado ☐ separado ☐ viúvo ☐ divorciado ☐ 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: ☐ pai/mãe ☐ cônjuge ☐ filho(a) ☐ outros
-----------------------	---

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

Sexo:* ☐ M ☐ F	Estado Civil:* ☐ solteiro ☐ casado ☐ separado ☐ viúvo ☐ divorciado ☐ 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).

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: ☐ pai/mãe ☐ cônjuge ☐ filho(a) ☐ outros		
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*			
Sexo:* ☐ M ☐ F Estado Civil:* ☐ solteiro ☐ casado ☐ separado ☐ viúvo ☐ divorciado ☐ 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 ☐ Coletivo ☐ Privativo
Tipo de plano Dental atual	Tipo de plano Dental desejado	

Local e Data

Assinatura do Responsável