
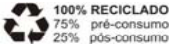


Form-DVCD-01 Rev.06 Emissão: 30/12/2014		MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE CLIENTES					
Preencher uma só operação por formulário: <input type="radio"/> Inclusão Titular <input checked="" type="radio"/> Inclusão Dependente <input type="radio"/> 2ª Via Cartão <input type="radio"/> Alteração Cadastral <input type="radio"/> Transferência de Beneficiário							
Para Alteração Cadastral é necessário descrever no campo observação o que deve ser alterado. Para Transferência de Beneficiário é necessário preencher os campos abaixo com os novos dados.							
EMPRESA CONTRATANTE		CÓDIGO OU NOME DA FILIAL (Lotação):		CÓDIGO DO CENTRO DE CUSTO (Somente para emp. com centro de custo):		PREF. SÃO JOSÉ	
1 PLANO CONTRATADO (Número do registro ou nome do plano): 4 5 0 6 3 6		2 CONTRATO DE VENDA: 9030 902					
OPERADORA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO							
DADOS DO TITULAR							
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR			NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR				
SEXO	ESTADO CIVIL	CPF	Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)	REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
E-MAIL			FONE RESIDENCIAL	FONE COMERCIAL	FONE CELULAR		
			() () ()				
DATA INÍCIO VIGÊNCIA PLANO:			PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO:				
____/____/____.			<input type="checkbox"/> RECÉM ADMITIDO <input type="checkbox"/> PLANO ANTERIOR UGF <input type="checkbox"/> CARTA DE CARÊNCIA ANEXA				
			<input type="checkbox"/> ANIVERSÁRIO DO CONTRATO (adesão) <input type="checkbox"/> OUTROS (inserir no campo observação)				
DADOS DO DEPENDENTE							
1 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		PARENTESCO		
SEXO	ESTADO CIVIL	CPF	Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)	REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?		FONE DEPENDENTE	E-MAIL DEPENDENTE	PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO:			
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.		()		<input type="checkbox"/> PLANO ANTERIOR UGF <input type="checkbox"/> CARTA DE CARENÇA ANEXA <input type="checkbox"/> RECÉM NASCIDO			
		<input type="checkbox"/> ANIVERSÁRIO DO CONTRATO <input type="checkbox"/> OUTROS (inserir no campo observação)					
2 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		PARENTESCO		
SEXO	ESTADO CIVIL	CPF	Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)	REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?		FONE DEPENDENTE	E-MAIL DEPENDENTE	PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO:			
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.		()		<input type="checkbox"/> PLANO ANTERIOR UGF <input type="checkbox"/> CARTA DE CARENÇA ANEXA <input type="checkbox"/> RECÉM NASCIDO			
		<input type="checkbox"/> ANIVERSÁRIO DO CONTRATO <input type="checkbox"/> OUTROS (inserir no campo observação)					
3 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		PARENTESCO		
SEXO	ESTADO CIVIL	CPF	Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)	REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?		FONE DEPENDENTE	E-MAIL DEPENDENTE	PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO:			
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.		()		<input type="checkbox"/> PLANO ANTERIOR UGF <input type="checkbox"/> CARTA DE CARENÇA ANEXA <input type="checkbox"/> RECÉM NASCIDO			
		<input type="checkbox"/> ANIVERSÁRIO DO CONTRATO <input type="checkbox"/> OUTROS (inserir no campo observação)					
Conforme Lei 9656/98 e RN 279/11 declaro que recebi as tabelas de Preços com os valores pactuados com a Contratante e os valores por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98. O representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer as tabelas de preços com os valores por faixa etária.			Conforme artigo 25 da RN 195/09, declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual. Em caso de contratos coletivos, o representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer o referido Manual ao beneficiário titular.		GRAU DE PARENTESCO Esposo(a) Companheiro(a) Filho (a) Pai Agregados Enteador(a) Sogro(a) Filha (a) Mãe		
			SEXO M - Masculino F - Feminino		ESTADO CIVIL C - Casado (a) D - Divorciado(a) S - Solteiro (a) V - Viúvo (a)		
QUANDO O FORMULÁRIO ESTIVER INCOMPLETO, RASURADO OU INCONSISTENTE, A OPERAÇÃO NÃO SERÁ EFETUADA E O FORMULÁRIO DEVOLVIDO.							
OBS.:							
Carimbo/Assinatura Contratante		Assinatura do beneficiário titular:		Recebimento Unimed:		Digitação (preenchimento interno):	
				Data: _____		Data: _____	
 100% RECICLADO 75% pré-consumo 25% pós-consumo		Este material é impresso em papel 100% reciclado Nossa maior preocupação é preservar os recursos naturais visando a sustentabilidade do planeta para as gerações futuras.		ANS - nº 36044-9			

1 - Plano Contratado (Número do registro ou nome do plano): Este campo deve ser preenchido com o número do registro do plano (Ex: 435419) ou então, com o nome do plano (Ex: APTO+NAC+20%).

2 - Contrato de Venda: Este campo deve ser preenchido com o número do contrato da empresa, referente ao plano selecionado pelo beneficiário, no formato de sete dígitos, conforme novo sistema (Ex: 9012301 - 9+0123+01)

3 - Código OU Nome da Filial (Lotação): Este campo deve ser preenchido com o código ou nome da lotação/filial integrante da empresa, da qual o beneficiário faz parte. O código da lotação pode ser solicitado para o Setor Corporativo.

4 - Código do Centro de Custo (Somente para emp. com centro de custo): Este campo é de preenchimento exclusivo para empresas que classificam seus beneficiários por setores, regiões, etc. (APENAS NOMENCLATURA)

O mês seguinte e os 10 dias retroativos são contados com base na data do recebimento da movimentação no presencial da UGF ou na data do envio do lote. Portanto, caso a movimentação seja devolvida com pendência, a vigência deve ser reavaliada, considerando a nova data de envio, ou seja, data da reapresentação.

Quando o beneficiário dependente tiver endereço diferente do titular, assinalar a opção S e obrigatoriamente anexar o comprovante de residência e preencher os campos fone e e-mail. Caso contrário, somente assinalar a opção "N".

OBS: Todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório. Atentando-se para os seguintes campos:

* CNS (Cartão Nacional de Saúde): Atualmente o CNS não é de preenchimento obrigatório, porém, a partir de 30 de junho de 2015, esta informação passará a ser exigida em caráter indispensável pela ANS. É necessária a cópia do CNS.

* E-mail: Não há obrigação em informar o e-mail do beneficiário e/ou de seus dependentes, mas ressaltamos que o registro desta informação é bastante importante, pois se trata de uma eficiente forma de contato entre a Unimed e o cliente.

* Telefone: Conforme exigência da ANS, é obrigatório informar pelo menos um número de telefone para contato com o beneficiário.