


| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|------------------------------------|--|
| Form-DVCD-01 Rev.06 Emissão: 30/12/2014 | | MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE CLIENTES | | |  | | |
| Preencher uma só operação por formulário: <input checked="" type="radio"/> Inclusão Titular <input 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 | | 3 | | 4 | | | |
| 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 | | | | |
| E-MAIL | | | FONE RESIDENCIAL | | FONE COMERCIAL | | |
| 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 | | | | |
| SEXO | | | ESTADO CIVIL | | CPF | | |
| Nº CNS (Cartão Nacional Saúde) | | | REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE | | | | |
| ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR? | | | FONE DEPENDENTE | | E-MAIL DEPENDENTE | | |
| | | | PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO: | | | | |
| | | | <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 | | | | |
| SEXO | | | ESTADO CIVIL | | CPF | | |
| Nº CNS (Cartão Nacional Saúde) | | | REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE | | | | |
| ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR? | | | FONE DEPENDENTE | | E-MAIL DEPENDENTE | | |
| | | | PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO: | | | | |
| | | | <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 | | | | |
| SEXO | | | ESTADO CIVIL | | CPF | | |
| Nº CNS (Cartão Nacional Saúde) | | | REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE | | | | |
| ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR? | | | FONE DEPENDENTE | | E-MAIL DEPENDENTE | | |
| | | | PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO: | | | | |
| | | | <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 | | ESTADO CIVIL | | |
| M - Masculino F - Feminino 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: | |

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.

ANS - nº 36044-9