



MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL
ALTERAÇÕES CADASTRAIS E INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO PLANO DE SAÚDE

FORM/RE 25/13

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

DADOS DO TITULAR OU RESPONSÁVEL FINANCEIRO

- **RESPONSÁVEL FINANCEIRO:** responsável pela quitação das obrigações financeiras do plano contratado.
- **TITULAR DO PLANO:** pessoa com vínculo principal ao plano contratado.

DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA ALTERAÇÃO CADASTRAL:

- Para alteração de nome: cópia do RG ou certidão de nascimento.
- Comprovante de residência (água, luz, telefone ou internet) em nome do titular, caso contrário, será necessária uma declaração registrada em cartório do titular comprovando que o mesmo reside no endereço informado.
- Para correção de dado cadastral: documento que comprove a veracidade das informações (RG, CPF, certidão de nascimento).

DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES:

- Cópia do documento RG e CPF do TITULAR ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO;
- Documento RG e CPF do (s) DEPENDENTE (S);
- Certidão de nascimento (caso recém-nascido ou menor sem RG);
- Declaração de Saúde para todos, exceto recém-nascidos e recém-casados incluídos em até os 30 dias do evento;
- Certidão de casamento ou União Estável (cônjuge);
- CNS- Cartão Nacional de Saúde dos DEPENDENTES.

DADOS DO TITULAR OU RESPONSÁVEL FINANCEIRO

NOME COMPLETO:

CÓDIGO DO CARTÃO OU CPF:

TELEFONE: ()

E-MAIL:

PREENCHIMENTO PARA ALTERAÇÃO CADASTRAL:

MOTIVO DA ALTERAÇÃO CADASTRAL: () Alteração de nome () Alteração de endereço () Correção de dados cadastrais

DADOS PESSOAIS A SEREM ALTERADOS (preenchimento obrigatório)

Nº	Código do Cartão	Nome Completo	CPF	Data de Nascimento	Telefone
1	0971_____			__/__/__	
2	0971_____			__/__/__	
3	0971_____			__/__/__	

DADOS PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DO TITULAR OU RESPONSÁVEL FINANCEIRO

RUA:

Nº:	COMPLEMENTO:	CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	UF:
CELULAR: ()	CONTATOS: ()	E-MAIL:

***Verifique documentação necessária para comprovação para cada tipo de alteração no início deste formulário.**



MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL
ALTERAÇÕES CADASTRAIS E INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO PLANO DE SAÚDE

FORM/RE 25/13

PREENCHIMENTO PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Nº	Nome Completo	Grau de Parentesco	CPF	Data de Nascimento	Telefone do Dependente
1					
2					
3					
4					
5					
6					

* Verifique documentação necessária para inclusão de dependente no início deste formulário.

Marque uma das opções abaixo para a inclusão do plano de recém-nascido ou recém-casado:

() Imediato (mediante o recebimento deste formulário na Operadora)

() Ao término dos 30 dias do evento (nascimento ou casamento)

Orientações:

É obrigatório o preenchimento de todos os campos específicos para efetivação das movimentações solicitadas.

A inclusão de recém-nascido e recém-casado será processada conforme a opção assinalada acima, e o valor proporcional referente a este período será cobrado junto da mensalidade do mês subsequente.

Fique atento (a) ao prazo de 30 dias da data de nascimento, adoção ou casamento. Não esqueça que após o envio deste formulário, ele será analisado, e estando a documentação entregue, sem pendências, será realizado o processo de inclusão no plano.

Demais dependentes terão sua inclusão processada a partir da data de assinatura deste formulário. Caso haja a necessidade de documentos complementares, a inclusão será realizada após análise e validação dos mesmos.

Os cartões serão enviados para o endereço do Titular ou Responsável Financeiro e o prazo de envio é de 15 dias úteis a partir da data da movimentação.

Documentação pendente é impeditivo para a realização da movimentação cadastral.

Em caso de dúvidas contate nossa Central de Relacionamento pelo fone 0800 724 8730, com atendimento 24 horas.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Financeiro

ANS - nº 367087