



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

FORM/RE 25/14

Antes de efetuar o preenchimento do formulário leia atentamente as orientações:

DADOS DO TITULAR OU RESPONSÁVEL FINANCEIRO

NOME COMPLETO:

CÓDIGO DO CARTÃO OU CPF:

TELEFONE: ( )

E-MAIL:

ALTERAÇÃO CADASTRAL: ( ) Alteração de nome ( ) Correção de dados cadastrais

DADOS A SEREM ALTERADOS

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

RUA:

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

INCLUSÃO DE DEPENDENTES

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

Observações:

Todas as inclusões, exceto recém nascido incluso até 30 dias do nascimento, serão submetidos ao preenchimento da Declaração de Saúde. Caso o preenchimento da Declaração de Saúde indique previsão de aplicação de Cobertura Parcial Temporária, que são os casos em que na Declaração de Saúde foram apontadas doenças e/ou lesões preexistentes, a inclusão será efetiva após o aceite do termo Cobertura Parcial Temporária.

**Marque uma das opções abaixo para a inclusão de Recém nascido/adoptado dentro do prazo de 30 dias do evento:**

Imediato (mediante o recebimento da documentação em conformidade).

Ao término dos 30 dias do nascimento, com vigência apartir do 31º (mediante o recebimento da documentação em conformidade).

**Marque uma das opções abaixo para a inclusão de demais beneficiários:**

Inclusão na data parecer de recebimento da documentação, quando em conformidade.

Inclusão na fatura do mês seguinte, considerando data de corte, dia 20, após o recebimento da documentação, quando em conformidade.

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO:** aquele que assume o compromisso de custear as mensalidades e responsável civil pela contratação, responsável pela quitação das obrigações financeiras do plano contratado.

**TITULAR DO PLANO:** pessoa com vínculo principal ao plano contratado seja ele pessoa física.

**DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA ALTERAÇÃO CADASTRAL:**

Para alteração de nome: cópia do RG, CNH 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, CNH ou 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 incluídos em até os 30 dias do evento;
- Termo de CPT, quando aplicável;
- Certidão de casamento ou União Estável (cônjuge);
- CNS- Cartão Nacional de Saúde dos DEPENDENTES.

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

A inclusão 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 para aproveitamento de carências. 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.

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