

Preencher uma só operação por formulário: Inclusão Inclusão Dependente Exclusão Família Exclusão Dependente Alteração 2ª Via Cartão Transferência Contrato

CONTRATANTE: ABEPOM CONTRATO: 025 Nº REGISTRO PLANO ANS:

OPERADORA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

DADOS DO TITULAR

CÓDIGO DO CLIENTE TITULAR UNIMED				NOME DO TITULAR				DATA DE NASCIMENTO			
SEXO	EST. CIVIL	PLANO	GC	LMC	CPF	RG	ÓRGÃO E PAÍS EMISSOR		NOME COMPLETO DA MÃE DO TITULAR		
Nº PIS / PASEP / NIS		CBO (Carteira de Trabalho)		ENDEREÇO RESIDENCIAL				Nº	BAIRRO		
CIDADE			ESTADO			CEP	FONE RESIDENCIAL		FONE COMERCIAL		FONE CELULAR
MOTIVO EXCLUSÃO		DEVOLUÇÃO DO CARTÃO		E-MAIL				Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)			
DATA DA INCLUSÃO:		<input type="checkbox"/> Data do Recebimento Unimed				<input type="checkbox"/> Primeiro dia do mês Subsequente					

DADOS DO DEPENDENTE

1 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED				NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
2 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED				NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
3 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED				NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO			

1 - Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário	7 - Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação do sistema da operadora.	GRAU DE PARENTESCO	SEXO	ESTADO CIVIL
2 - Término da relação de vinculado a um beneficiário (dependência)	8 - Transferência da Carteira	Esposo(a) Companheiro(a) Filho (a) Pai Agregados	M - Masculino	C - Casado (a) D- Divorciado(a)
3 - Desligamento da empresa (planos coletivos)	9 - Alteração do código do beneficiário	Enteado(a) Sogro(a) Filha (a) Mãe	F - Feminino	S - Solteiro (a) V - Viúvo (a)
4 - Inadimplência	13 - Inclusão indevida de beneficiário	Quando da não devolução do cartão de identificação, o contrato é responsável pelo pagamento dos custos gerados após o cancelamento da via do cartão.		

OBS.: Conforme artigo 25 da RN 195/09, declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde. Em caso de contratos coletivos, o representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer o referido Manual ao beneficiário titular.

Carimbo/Assinatura Contratante	Assinatura do titular:	Recebimento Unimed:	Digitação (preenchimento interno):	Conferência (preenchimento interno):
		Data:	Data:	Data:

QUANDO O FORMULÁRIO ESTIVER INCOMPLETO, RASURADO OU INCONSISTENTE, A OPERAÇÃO NÃO SERÁ EFETUADA E O FORMULÁRIO DEVOLVIDO.