



Form-DVCR-01 Rev.08 Emissão: 03/07/2017		MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE CLIENTES				
Preencher uma só operação por formulário: <input 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:		2		CONTRATO DE VENDA:		
1		3		4		
PLANO CONTRATADO (Número do registro ou nome do plano):		CÓDIGO OU NOME DA FILIAL (Lotação):		CÓDIGO DO CENTRO DE CUSTO (Somente para emp. com centro de custo):		
OPERADORA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO						
DADOS DO TITULAR						
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR			NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR			
SEXO			ESTADO CIVIL		CPF	
E-MAIL			FONE RESIDENCIAL		FONE COMERCIAL	
DATA INÍCIO VIGÊNCIA PLANO:			Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)		REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE	
Transferência apenas para o primeiro dia do mês seguinte. Inclusão para qualquer data até 10 dias retroativos ao recebimento na UGF.			PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALAR O MOTIVO:		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
			<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	
ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?			FONE DEPENDENTE		E-MAIL DEPENDENTE	
			Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)		REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.			PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALAR O MOTIVO:		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
			<input type="checkbox"/> PLANO ANTERIOR UGF <input type="checkbox"/> CARTA DE CARENÇA ANEXA <input type="checkbox"/> RECEM 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	
ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?			FONE DEPENDENTE		E-MAIL DEPENDENTE	
			Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)		REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.			PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALAR O MOTIVO:		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
			<input type="checkbox"/> PLANO ANTERIOR UGF <input type="checkbox"/> CARTA DE CARENÇA ANEXA <input type="checkbox"/> RECEM 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	
ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?			FONE DEPENDENTE		E-MAIL DEPENDENTE	
			Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)		REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.			PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALAR O MOTIVO:		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
			<input type="checkbox"/> PLANO ANTERIOR UGF <input type="checkbox"/> CARTA DE CARENÇA ANEXA <input type="checkbox"/> RECEM 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:		
				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		