

Preencher uma só operação por formulário:

 Inclusão Titular
 Inclusão Dependente
 2ª Via Cartão
 Alteração Cadastral
 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:

CONTRATO DE VENDA:

CÓDIGO DO CENTRO DE CUSTO (Somente para emp. com centro de custo):

1 PLANO CONTRATADO (Número do registro ou nome do plano):

3 CÓDIGO OU NOME DA FILIAL (Lotação):

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

 S N

E-MAIL

FONE RESIDENCIAL

FONE COMERCIAL

FONE CELULAR

DATA INÍCIO VIGÊNCIA PLANO:

____/____/____.

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 ASSINAL E O MOTIVO:

 RECÉM ADMITIDO
 PLANO ANTERIOR UGF
 CARTA DE CARÊNCIA ANEXA
 ANIVERSÁRIO DO CONTRATO (adesão)
 OUTROS (inserir no campo observação)

DADOS DO DEPENDENTE

1 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

PARENTESCO

SEXO

ESTADO CIVIL

CPF

Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)

REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE

 S N

ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?

FONE DEPENDENTE

E-MAIL DEPENDENTE

PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINAL E O MOTIVO:

 S N: SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail. ()
 PLANO ANTERIOR UGF
 CARTA DE CARENÇA ANEXA
 RECEM NASCIDO
 ANIVERSÁRIO DO CONTRATO
 OUTROS (inserir no campo observação)

2 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

PARENTESCO

SEXO

ESTADO CIVIL

CPF

Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)

REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE

 S N

ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?

FONE DEPENDENTE

E-MAIL DEPENDENTE

PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINAL E O MOTIVO:

 S N: SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail. ()
 PLANO ANTERIOR UGF
 CARTA DE CARENÇA ANEXA
 RECEM NASCIDO
 ANIVERSÁRIO DO CONTRATO
 OUTROS (inserir no campo observação)

3 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

PARENTESCO

SEXO

ESTADO CIVIL

CPF

Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)

REALIZOU DECLARAÇÃO DE SAÚDE

 S N

ENDEREÇO DIFERENTE DO TITULAR?

FONE DEPENDENTE

E-MAIL DEPENDENTE

PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINAL E O MOTIVO:

 S N: SIM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail. ()
 PLANO ANTERIOR UGF
 CARTA DE CARENÇA ANEXA
 RECEM NASCIDO
 ANIVERSÁRIO DO CONTRATO
 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
 Enteadado(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:

Digitação (preenchimento interno):

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