

Form-DVCR-27 Rev.00 Emissão: 19/02/2019		MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE CLIENTES			
Preencher uma só operação por formulário: <input type="radio"/> Inclusão <input type="radio"/> Transferência de Beneficiário Transferência de Beneficiário: é necessário preencher os campos abaixo com os novos dados.					
PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE:			2 CONTRATO DE VENDA:		
1 PLANO CONTRATADO (Número do Registro do Plano na ANS):			3 CNPJ DO AGRUPAMENTO (FILIAL):		
OPERADORA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO					ANS - nº 36044-9
DADOS DO TITULAR					
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR <input type="text"/> <input type="text"/>			NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR		
GÊNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		CPF:	TELEFONE PARA CONTATO 1: ()	TELEFONE PARA CONTATO 2: ()	
DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO: (dd / mm / aaaa) / /		E-MAIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR:			
Inclusão: Sempre preencher com a data de envio da movimentação ou futura.		Transferência: apenas para o primeiro dia do mês seguinte.			
DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)					
1 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE <input type="text"/> <input type="text"/>			NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		GRAU DE DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> ENTEADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
GÊNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO			CPF:		
2 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE <input type="text"/> <input type="text"/>			NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		GRAU DE DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> ENTEADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
GÊNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO			CPF:		
3 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE <input type="text"/> <input type="text"/>			NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		GRAU DE DEPENDÊNCIA: <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> ENTEADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
GÊNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO			CPF:		
O FORMULÁRIO SERÁ RECUSADO SEMPRE QUE O PREENCHIMENTO FOR INCOMPLETO E/OU HOUVER QUALQUER RASURA E/OU DIVERGÊNCIA ENTRE AS INFORMAÇÕES PREENCHIDAS E OS DOCUMENTOS APRESENTADOS.					
O GRAU DE DEPENDÊNCIA DEVE SER ASSINALADO DE ACORDO COM OS GRAUS PREVISTOS NA CLÁUSULA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO INSTRUMENTO CONTRATUAL.					
DECLARO QUE PRESTAREI AS INFORMAÇÕES QUANTO AOS VALORES DE MENSALIDADE E PERCENTUAIS DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA AO BENEFICIÁRIO TITULAR, BEM COMO ENTREGAREI UMA CÓPIA DO CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE, GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC) E MANUAL DE CONTRATAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE (MPS), CONFORME CLÁUSULA DE CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.					
DECLARO ESTAR CIENTE QUE NOS CASOS EM QUE HOUVER PRAZO DE CARÊNCIA, DEVO COMUNICAR O BENEFICIÁRIO E ORIENTÁ-LO A FAZER CONTATO COM A OPERADORA EM CASO DE DÚVIDA.					
OBS.:					
_____ Carimbo e Assinatura da Pessoa Jurídica Contratante		_____ Data de Recebimento na UGF		_____ Data de Efetivação da Movimentação na UGF	

DECLARAÇÃO E CIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR:



A) DECLARO QUE ESTOU CIENTE DOS VALORES DE MENSALIDADES E PERCENTUAIS DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA DO MEU PLANO E DOS MEUS DEPENDENTES.

B) SE A INCLUSÃO FOR EM **CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL**: TOMEI CONHECIMENTO DOS VALORES DAS MENSALIDADES NOS CASOS DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE NA CONDIÇÃO DE EX-EMPREGADO, DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADO, DESDE QUE A CONTRIBUIÇÃO PARA O PLANO SEJA NA MINHA MENSALIDADE COMO TITULAR.

C) AUTORIZO A PESSOA JURÍDICA A QUAL ESTOU VINCULADO(A), A RECEBER OS EXTRATOS MENSAIS CONTENDO MEUS GASTOS E DOS MEUS DEPENDENTES.

D) RECEBI UMA CÓPIA DO CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE, GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC) E MANUAL DE CONTRATAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE (MPS).

E) TENHO CONHECIMENTO DE TODAS AS CONDIÇÕES DE AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS CONFORME CLÁUSULA CONTRATUAL DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO.

F) TENHO CONHECIMENTO QUE OS ATENDIMENTOS TERÃO COPARTICIPAÇÃO, QUANDO HOUVER PREVISÃO CONTRATUAL (CLÁUSULA CONTRATUAL DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO).

G) TENHO CONHECIMENTO DA POSSIBILIDADE DE PRAZOS DE CARÊNCIA NO MEU PLANO DE SAÚDE, SENDO QUE, EM CASO DE DÚVIDAS RELACIONADAS A ESTES, DEVO ENTRAR EM CONTATO COM A UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS.

H) TENHO CONHECIMENTO QUE SÓ POSSO SOLICITAR A MINHA INCLUSÃO E DOS MEUS DEPENDENTES NO PLANO COLETIVO SE ATENDER OS REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE PREVISTOS EM CONTRATO, NA CLÁUSULA "CONDIÇÕES DE ADMISSÃO".

I) ESTOU CIENTE QUE O PLANO DE SAÚDE TEM EXPRESSA EXCLUSÃO PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR DE CONSULTAS, INTERNAÇÕES, EXAMES E DEMAIS ATENDIMENTOS OU TRATAMENTOS EM REGIME DOMICILIAR.

J) TENHO CONHECIMENTO QUE O FORMULÁRIO E DEMAIS DOCUMENTOS SERÃO ENTREGUES PARA A UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS PELA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE A QUAL ME ENCONTRO VINCULADO(A), DECLARO AINDA QUE AS INFORMAÇÕES ORA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, SOB PENA DE INCORRER NOS TERMOS PREVISTOS DOS ARTIGOS 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL, BEM COMO DOS ARTIGOS 186 E 187 DO CÓDIGO CIVIL.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

CLIENTE.UNIMEDFLORIANOPOLIS.COM.BR
PORTAL DO CLIENTE

0800483500
SAC 24 HORAS