

Form-DVCR-01 Rev.07 Emissão: 20/03/2017		MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE CLIENTES					
Preencher uma só operação por formulário: ☐ Inclusão Titular ☐ Inclusão Dependente ☐ 2ª Via Cartão ☐ Alteração Cadastral ☐ Transferência de Beneficiário Para Alteração Cadastral é necessária 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: CDL DE FLORIANÓPOLIS		CONTRATO DE VENDA: 2		CÓDIGO DO CENTRO DE CUSTO (Somente para emp. com centro de custo): 4			
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: ____/____/____.				PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE 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? ☐ S ☐ N IM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.		FONE DEPENDENTE ()	E-MAIL DEPENDENTE		PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO: ☐ PLANO ANTERIOR UGF ☐ CARTA DE CARENCA 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? ☐ S ☐ N IM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.		FONE DEPENDENTE ()	E-MAIL DEPENDENTE		PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO: ☐ PLANO ANTERIOR UGF ☐ CARTA DE CARENCA 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? ☐ S ☐ N IM: Anexar comprovante e preencher fone ou e-mail.		FONE DEPENDENTE ()	E-MAIL DEPENDENTE		PARA ANÁLISE DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ASSINALE O MOTIVO: ☐ PLANO ANTERIOR UGF ☐ CARTA DE CARENCA 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 Enteado(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							

1 – Plano Contratado (Número do registro ou nome do plano): Este campo deve ser preenchido com o número do registro do plano (Ex: 435419) ou então, com o nome do plano (Ex: APTO+NAC+20%).	2 - Contrato de Venda: Este campo deve ser preenchido com o número do contrato da empresa, referente ao plano selecionado pelo beneficiário, no formato de sete dígitos, conforme novo sistema (Ex: 9012301 - 9+0123+01)
3 – Código OU Nome da Filial (Lotação): Este campo deve ser preenchido com o código ou nome da lotação/filial integrante da empresa, da qual o beneficiário faz parte. O código da lotação pode ser solicitado para o Setor Corporativo.	4 – Código do Centro de Custo (Somente para emp. com centro de custo): Este campo é de preenchimento exclusivo para empresas que classificam seus beneficiários por setores, regiões, etc. (APENAS NOMENCLATURA)
O mês seguinte e os 10 dias retroativos são contados com base na data do recebimento da movimentação no presencial da UGF ou na data do envio do lote. Portanto, caso a movimentação seja devolvida com pendência, a vigência deve ser reavaliada, considerando a nova data de envio, ou seja, data da reapresentação.	
Quando o beneficiário dependente tiver endereço diferente do titular, assinalar a opção S e obrigatoriamente anexar o comprovante de residência e preencher os campos fone e e-mail. Caso contrário, somente assinalar a opção "N".	
OBS: Todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório. Atentando-se para os seguintes campos:	
* CNS (Cartão Nacional de Saúde): Atualmente o CNS não é de preenchimento obrigatório, porém, a partir de 30 de junho de 2015, esta informação passará a ser exigida em caráter indispensável pela ANS. É necessária a cópia do CNS.	
* E-mail: Não há obrigação em informar o e-mail do beneficiário e/ou de seus dependentes, mas ressaltamos que o registro desta informação é bastante importante, pois se trata de uma eficiente forma de contato entre a Unimed e o cliente.	
* Telefone: Conforme exigência da ANS, é obrigatório informar pelo menos um numero de telefone para contato com o beneficiário.	

	☐ Inclusão Titular	☐ Inclusão Dependente	☐ 2ª Via Cartão	☐ Alteração Cadastral	☐ Transferencia de Beneficiário																																					
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA:			CÓDIGO ASSOCIADO:																																							
NOME TITULAR:																																										
NOME DEPENDENTE:					DATA VIGÊNCIA: ____/____/____																																					
NOME DEPENDENTE:																																										
NOME DEPENDENTE:																																										
<i>*Estamos cientes das informações/cláusulas descritas abaixo</i>																																										
_____ Assinatura do titular		_____ Nome legível do Responsável pela Empresa		_____ Assinatura do Responsável pela Empresa																																						
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES																																										
1 - COMPRAS DE CARÊNCIAS: A CDL Fpolis não se responsabiliza pelos procedimentos e decisões da Unimed Grande Fpolis referentes à compra de carências de outras operadoras ou da operadora Unimed de outras regiões, incumbindo exclusivamente ao USUÁRIO a responsabilidade pela apresentação de Carta de Compra de Carência nos padrões exigidos pela Unimed Grande Florianópolis. As carências de planos anteriores poderão ser aproveitadas de acordo com decisão que compete unicamente à Unimed Grande Fpolis. 2 - A informação contida no formulário referente a inclusão com data retroativa é válido apenas para contratos pessoa física, sendo que o contrato da CDL Fpolis é pessoa jurídica. 3 - Conforme a ANS, o dependente obrigatoriamente terá o mesmo plano do titular e no caso de cancelamento do titular, os dependentes serão cancelados automaticamente. 4 - Para os titulares e dependentes, serão cobrados mensalidade, coparticipação e pró-rata individualmente. 5 - Cabe exclusivamente ao USUÁRIO o cancelamento de quaisquer planos de assistência à saúde que por ventura já possua. 6 - A segunda via da carteirinha tem um custo unitário de R\$ 38,00 (trinta e oito reais). 7 - A carteirinha Unimed estará disponível na CDL no prazo de 30 a 60 dias após a solicitação, ficando de responsabilidade do USUÁRIO retirar na CDL Fpolis. 8 - PRAZO DE ENTREGA na CDL Florianópolis (Sede Centro) para <u>Transferência de Contrato e Troca de Plano</u> é ATÉ O DIA 10 de cada mês, sendo a VIGÊNCIA DO NOVO PLANO O 1º DIA DO MÊS SUBSEQUENTE. Para entrega de <u>Cancelamento</u> é ATÉ O DIA 10 de cada mês, permanecendo ativo até o final do mês. Quando dia 10 for sábado, domingo ou feriado, a data de entrega será antecipada. As solicitações entregues após o dia 10 serão consideradas como recebidas no dia 1º do mês posterior. Só será aceita a <u>via original</u> das solicitações, não podendo ser encaminhada por e-mail. 9 - Na TROCA DE PLANO de enfermaria para apartamento existe carência de 6 meses a contar do primeiro dia do mês subsequente (não anulando os demais prazos). 10 - Data de inclusão deverá ser no mínimo 10 dias úteis após a data de entrega da documentação completa, legível e atualizada na CDL , e o processamento do cadastro poderá ser até 15 dias após a data de inclusão. 11 - Para isenção de carências do FILHO RECÉM NASCIDO, o titular deverá ter cumprido 300 dias de carências e a solicitação de inclusão deverá ser entregue na CDL até no máximo com 20 dias de vida do dependente. 12 - A partir da entrega do formulário de inclusão, será processada a solicitação conforme informações descritas no mesmo, não sendo possível desconsiderar ou alterar a adesão entre a data da entrega na CDL e a data da inclusão. 13 - Em caso de cancelamento do plano é obrigatório a devolução da carteirinha Unimed. 14 - A empresa associada só poderá incluir vidas caso esteja adimplente com a CDL. 15 - A mensalidade inicial será calculada com base nos dias restantes do mês da inclusão, de forma proporcional (pro-rata), acrescido do valor da mensalidade do mês subsequente antecipadamente. 16 - As inclusões procedidas a partir do dia 23 até o último dia do mês serão cobradas mediante a emissão de fatura avulsa. 17 - A carteirinha é renovada automaticamente, devendo o usuário retirá-la na sede da CDL conforme vencimento expresso no cartão. 18 - Haverá reajuste em razão da idade do usuário, conforme critérios aplicados pela UNIMED/AND																																										
<table><tr><th colspan="2">LEGENDA PLANOS COMERCIALIZADOS</th></tr><tr><th>1 PLANO CONTRATADO</th><th>DESCRIÇÃO</th></tr><tr><td>REG - ENF - 50%</td><td>Regional enfermaria com 50% de coparticipação</td></tr><tr><td>REG - APTO - 50%</td><td>Regional apartamento com 50% de coparticipação</td></tr><tr><td>REG - ENF - 30%</td><td>Regional enfermaria com 30% de coparticipação</td></tr><tr><td>REG - APTO - 20%</td><td>Regional apartamento com 20% de coparticipação</td></tr><tr><td>EST - ENF - 50%</td><td>Estadual enfermaria com 50% de coparticipação</td></tr><tr><td>EST - APTO - 50%</td><td>Estadual apartamento com 50% de coparticipação</td></tr><tr><td>EST - ENF - 20%</td><td>Estadual enfermaria com 20% de coparticipação</td></tr><tr><td>EST - APTO - 20%</td><td>Estadual apartamento com 20% de coparticipação</td></tr><tr><td>EST - ENF - 00%</td><td>Estadual enfermaria sem coparticipação</td></tr><tr><td>EST - APTO - 00%</td><td>Estadual apartamento sem coparticipação</td></tr><tr><td>NAC - ENF - 50%</td><td>Nacional enfermaria com 50% coparticipação</td></tr><tr><td>NAC - APTO - 50%</td><td>Nacional apartamento com 50% coparticipação</td></tr><tr><td>NAC - ENF - 20%</td><td>Nacional enfermaria com 20% coparticipação</td></tr><tr><td>NAC - APTO - 20%</td><td>Nacional apartamento com 20% coparticipação</td></tr><tr><td>NAC - ENF - 00%</td><td>Nacional enfermaria sem coparticipação</td></tr><tr><td>NAC - APTO - 00%</td><td>Nacional apartamento sem coparticipação</td></tr></table>							LEGENDA PLANOS COMERCIALIZADOS		1 PLANO CONTRATADO	DESCRIÇÃO	REG - ENF - 50%	Regional enfermaria com 50% de coparticipação	REG - APTO - 50%	Regional apartamento com 50% de coparticipação	REG - ENF - 30%	Regional enfermaria com 30% de coparticipação	REG - APTO - 20%	Regional apartamento com 20% de coparticipação	EST - ENF - 50%	Estadual enfermaria com 50% de coparticipação	EST - APTO - 50%	Estadual apartamento com 50% de coparticipação	EST - ENF - 20%	Estadual enfermaria com 20% de coparticipação	EST - APTO - 20%	Estadual apartamento com 20% de coparticipação	EST - ENF - 00%	Estadual enfermaria sem coparticipação	EST - APTO - 00%	Estadual apartamento sem coparticipação	NAC - ENF - 50%	Nacional enfermaria com 50% coparticipação	NAC - APTO - 50%	Nacional apartamento com 50% coparticipação	NAC - ENF - 20%	Nacional enfermaria com 20% coparticipação	NAC - APTO - 20%	Nacional apartamento com 20% coparticipação	NAC - ENF - 00%	Nacional enfermaria sem coparticipação	NAC - APTO - 00%	Nacional apartamento sem coparticipação
LEGENDA PLANOS COMERCIALIZADOS																																										
1 PLANO CONTRATADO	DESCRIÇÃO																																									
REG - ENF - 50%	Regional enfermaria com 50% de coparticipação																																									
REG - APTO - 50%	Regional apartamento com 50% de coparticipação																																									
REG - ENF - 30%	Regional enfermaria com 30% de coparticipação																																									
REG - APTO - 20%	Regional apartamento com 20% de coparticipação																																									
EST - ENF - 50%	Estadual enfermaria com 50% de coparticipação																																									
EST - APTO - 50%	Estadual apartamento com 50% de coparticipação																																									
EST - ENF - 20%	Estadual enfermaria com 20% de coparticipação																																									
EST - APTO - 20%	Estadual apartamento com 20% de coparticipação																																									
EST - ENF - 00%	Estadual enfermaria sem coparticipação																																									
EST - APTO - 00%	Estadual apartamento sem coparticipação																																									
NAC - ENF - 50%	Nacional enfermaria com 50% coparticipação																																									
NAC - APTO - 50%	Nacional apartamento com 50% coparticipação																																									
NAC - ENF - 20%	Nacional enfermaria com 20% coparticipação																																									
NAC - APTO - 20%	Nacional apartamento com 20% coparticipação																																									
NAC - ENF - 00%	Nacional enfermaria sem coparticipação																																									
NAC - APTO - 00%	Nacional apartamento sem coparticipação																																									