


FORM-P02-08 Rev.02 Emissão: 27/07/2020		<b>MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE CLIENTES</b>			
Preencher uma só operação por formulário: <input type="radio"/> Inclusão <input type="radio"/> Transferência de Beneficiário <b>Transferência de Beneficiário: é necessário preencher os campos abaixo com os novos dados.</b>					
<b>PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE:</b>				<b>2</b> CONTRATO DE VENDA:	
<b>1</b> PLANO CONTRATADO (Número do Registro do Plano na ANS):		<b>3</b> CNPJ DO AGRUPAMENTO:			
OPERADORA: <b>UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO</b>				<b>ANS - nº 36044-9</b>	
<b>DADOS DO TITULAR</b>					
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR		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.		PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA PELO TITULAR:			
<b>DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)</b>					
<b>1 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE</b>		NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		GRAU DE DEPENDÊNCIA:	
GÊNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		CPF:	<input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> ENTEADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____		
<b>2 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE</b>		NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		GRAU DE DEPENDÊNCIA:	
GÊNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		CPF:	<input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> ENTEADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____		
<b>3 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE</b>		NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		GRAU DE DEPENDÊNCIA:	
GÊNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		CPF:	<input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> ENTEADO (A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____		
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.					
<b>Observações:</b>					
Assinatura da Pessoa Jurídica Contratante		** Campo de uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis		** Campo de uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis	
		Data de Recebimento da Movimentação		Data de Efetivação da Movimentação	

**1 - PLANO CONTRATADO**  
(Número do Registro do Plano na ANS): Este campo deve ser preenchido com o número do registro do plano (Ex: 435386012).

**2 - Contrato de Venda:**  
Este campo deve ser preenchido com o número do contrato da empresa, referente ao plano selecionado pelo beneficiário. (Ex: 9012301 - 9+0123+01)

**3 - CNPJ DO AGRUPAMENTO:** Este campo deve ser preenchido com o CNPJ do Agrupamento/Filial, integrante da Pessoa Jurídica, da qual o beneficiário faz parte e que está registrado no vínculo empregatício/associativo do titular.

**DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO:** O primeiro dia do mês seguinte (transferência) e a data do envio da movimentação são contados com base na data do recebimento da movimentação na UGF/data de movimentação e envio através do SGU WEB. Portanto, caso a movimentação seja devolvida com pendência/crítica, a vigência deve ser reavaliada, considerando a nova data de envio, ou seja, data da reapresentação.

**E-MAIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR:** Este campo não é de preenchimento obrigatório, no entanto, ressaltamos que a UGF também utiliza essa informação para entrar em contato com o beneficiário, tornando importante o preenchimento e cadastro do e-mail no formulário e SGU WEB.

**TELEFONE PARA CONTATO 1 E TELEFONE PARA CONTATO 2:** Conforme exigência da ANS, é obrigatório informar pelo menos um telefone para contato com o beneficiário.

**GÊNERO:** Beneficiários que atualizaram os documentos devido a mudança do gênero, devem ser cadastrados com o sexo biológico, para evitar a negativa de procedimentos específicos. Nestes casos, solicitamos que seja informado no campo "OBS", que se trata da inclusão de Transgênero.

**PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA PELO TITULAR:** Este campo deve ser preenchido com a principal atividade exercida atualmente pelo beneficiário titular (ex: auxiliar administrativo, analista administrativo, coordenador, etc).

**\* Importante:** Para contratos com previsão de inclusão de aposentados, será necessário informar a última atividade exercida.

Para os casos de associados, também deve ser declarada a principal atividade (ou última atividade) que o beneficiário exerce/eu.

## 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 HOVER 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.
- L)** ESTOU CIENTE QUE O PLANO ESTARÁ VIGENTE A PARTIR DA DATA INDICADA NO CAMPO "DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO" (PÁG. 1) DESTE DOCUMENTO E, PORTANTO, O VALOR DE MENSALIDADES É DEVIDO A PARTIR DESSA DATA INDEPENDENTE DA UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS.
- M)** TENHO CONHECIMENTO QUE PODEREI UTILIZAR O PLANO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA - OBSERVADOS OS PRAZOS DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA QUE PORVENTURA TENHA A CUMPRIR - MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO E CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, QUE TAMBÉM ESTÁ DISPONÍVEL NO APLICATIVO CLIENTE UGF NAS VERSÕES ANDROID E IOS. O NÚMERO DO CARTÃO UNIMED PODE SER SOLICITADO NO SAC 24 HORAS (0800 483 500).
- N)** A CONTRATADA DISPONIBILIZARÁ ACESSO INDIVIDUALIZADO PARA O BENEFICIÁRIO E DEPENDENTES AO PORTAL DE INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR - PIN-SS, DISPONÍVEL EM **WWW.UNIMEDFLORIANOPOLIS.COM.BR**.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR: \_\_\_\_\_

CLIENTE.UNIMEDFLORIANOPOLIS.COM.BR  
PORTAL DO CLIENTE

0800483500  
SAC 24 HORAS

 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:

*\*Estamos cientes das informações/cláusulas descritas abaixo*\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular\_\_\_\_\_  
Nome legível do Responsável pela\_\_\_\_\_  
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, ou da Unimed Grande Florianópolis, 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.
- 7 - A carteirinha Unimed estará disponível na CDL no prazo de 30 a 60 dias após a inclusão, ficando de responsabilidade do USUÁRIO retirar na CDL Fpolis.
- 8 - PRAZO DE ENTREGA na CDL Florianópolis (Sede Centro) para Transferência de Contrato e Troca de Plano é ATÉ O DIA 10 de cada mês, sendo a VIGÊNCIA DO NOVO PLANO O 1º DIA DO MÊS
- 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 20 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 úteis
- 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. Ultrapassando este prazo, será necessário Declaração de Saúde para a inclusão 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 do cartão 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 - Não é possível realizar inclusões com vigência nos dias 22, 23 e 24 do mês. As inclusões procedidas a partir do dia 25 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 / ANS
- 19 - É de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular:
  - 19.1 - Verificar a necessidade de apresentar a Declaração de Saúde de todos que serão cadastrados no seu grupo familiar;
  - 19.2 - O preenchimento correto e sem rasuras da Declaração de Saúde, dentro das normas exigidas pela ANS / Operadora;
  - 19.3 - As informações contidas nas Declarações de Saúde apresentadas;
  - 19.4 - Será efetuada a inclusão das vidas após análise da operadora dentro do prazo estabelecido pela mesma, e, ocorrendo alguma inconsistência, é passível de devolução, não sendo efetuada a movimentação do plano até a adequação do processo.
  - 19.5 - A CDL de Florianópolis não se responsabiliza pelas informações ou ausência das mesmas na Declaração de Saúde.
- 20 - O processo de inclusão depende primeiramente da aprovação da Declaração de Saúde, só podendo dar prosseguimento no processo de inclusão após aprovação da mesma por parte da operadora.
- 21 - Após a aprovação da Declaração de Saúde por parte da Unimed, é realizado o envio da solicitação de inclusão à operadora, tendo ela o prazo de 15 dias úteis para processamento do código, porém, a documentação deve ser entregue de forma legível, sem rasuras e completa; caso contrário, o prazo começa a contar novamente.
- 22 - Quando o associado solicitar cancelamento, ou for cancelado por inadimplência, caso tenha interesse em realizar nova adesão ao plano Unimed, terá que observar as cláusulas 19 a 19.5.
- 23 - Está disponível para download na plataforma digital (Site da CDL). as documentações exigidas pela operadora. conforme cartilha de orientação.