Unimed Grande Florianópolis

CHECKLIST UNIMED

AEMFLO Integrando Forças Regionais — CDL Câmara de Dirigentes Lojistas de São José

EMPRESA:	CNPJ
Nome do Titular:	
Dependentes:_____	

PRRENCHER ABAIXO COM OS TIPOS DE CONTRATOS E PLANOS								
Contrato UNIFLEX 2276	Contrato UNIFLEX 2277	Contrato UNIFLEX 2378	Contrato UNIFLEX 2379	Contrato 0901	CONTRATO UNIPLAN 2026			
☐ K9 N ☐ K6 N	☐ K9 E ☐ K6 E	☐ 92 N ☐ 62 N	☐ 92 E ☐ 62 E	☐ Regional	☐ Básico ☐ Básico 1 ☐ Básico 2	☐ Básico 3 ☐ Básico 12	☐ Básico 13 ☐ Básico 23 ☐ Básico 123	☐ USIMED ☐ SOS ☐ Inclusão ☐ Exclusão

INCLUSÃO	FORMA DE INCLUSÃO	FORMA DE PAGAMENTO	TAXA DE ADESÃO
☐ Inclusão Titular ☐ Inclusão Dependente	☐ Data Inclusão na UNIMED ___/___/___ ☐ 1º dia do mês subsequente ☐ Inclusão c/aproveitamento de carências	☐ Duas mensalidades para mês subseqüente ☐ Cobrança feita pelo assessor comercial ☐ Boleto Mensal ☐ Boleto avulso Pró-Rata: _____/_____/_____ E-mail:.....	☐ Á vista ☐ 6 parcelas

EXCLUSÃO		MOTIVO DA EXCLUSÃO
☐ Exclusão Titular (Família) ☐ Exclusão Dependente	☐ Exclusão solicitada P/ Cliente ☐ Exclusão solicitada P/Financeiro ☐ Exclusão solicitada P/Ações Estratégicas	☐ Dificuldades Financeiras ☐ Mudou para outra operadora ☐ Óbito ☐ Desligamento da Empresa ☐ Outros .....

TRANSFERÊNCIA		ALTERAÇÃO		TRANSFERÊNCIA INTERNA	CARTÃO
☐ Dependente P/Titular ☐ Titular P/Dependente	☐ Contrato ☐ Interna	☐ Plano ☐ Nome	☐ Data Nasc.	CÓD. Origem: ☐ CÓD. Destino ☐	☐ 2ª Via

*** ATENÇÃO: No caso de exclusão é de responsabilidade da empresa associada o recolhimento dos cartões sob pena de não o fazendo, responder integralmente pelos prejuízos advindos de uso das mesmas conforme cláusula 10ª do Contrato.**

Carimbo da Empresa – Preferencialmente CNPJ
_____ Assinatura do Responsável legal da Empresa
Local e Data _____de_____20_____

PARA USO INTERNO DA AEMFLO - OPERAÇÃO SIGAEM/AEMFLO E "TOP SAÚDE" UNIMED		
☐ Termo de Adesão ao Contrato ASSINADO ☐ Movimentação cadastral de Clientes PREENCHIDA	Agente de expansão	**Código da Empresa:**
OBSERVAÇÕES		
CONFERÊNCIA		
___ / ___ / ___ Recebimento do Processo	___ / ___ / ___ Registro no SIGAEM	
___ / ___ / ___ Registro no Portal da Unimed	___ / ___ / ___ Revisão Final	
___ / ___ / ___ Visto da Gerência de Soluções		