

Preencher uma só operação por formulário:  Inclusão  Inclusão Dependente  Exclusão Família  Exclusão Dependente  Alteração  2ª Via Cartão  Transferência Contrato

CONTRATANTE: **AEMFLO - ASSOCIAÇÃO EMPRESARIAL METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS** CONTRATO: 025

OPERADORA: **UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** Nº REGISTRO PLANO ANS:

**DADOS DO TITULAR**

1 - CÓDIGO DO CLIENTE TITULAR UNIMED				NOME DO TITULAR				DATA DE NASCIMENTO				
SEXO	EST. CIVIL	PLANO	GC	LMC	CPF	RG	ÓRGÃO E PAÍS EMISSOR	NOME COMPLETO DA MÃE DO TITULAR	CEP	FONE RESIDENCIAL	FONE COMERCIAL	FONE CELULAR
				O S O N								
Nº PIS / PASEP / NIS				CBO (Carteira de Trabalho)				ENDEREÇO RESIDENCIAL				
CIDADE				ESTADO				CEP				
MOTIVO EXCLUSÃO				DEVOUÇÃO DO CARTÃO				E-MAIL				
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N								

**DADOS DO DEPENDENTE**

1 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED												NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
1 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED												NOME DA MÃE DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
DATA DE NASC.	SEXO	EST. CIVIL	RG	ÓRGÃO E PAÍS EMISSOR	Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)	PLANO	GC	LMC	CPF	MOTIVO EXCL.	DEVOUÇÃO DO CARTÃO								
								O S O N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N								
1 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED												NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
1 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED												NOME DA MÃE DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
DATA DE NASC.	SEXO	EST. CIVIL	RG	ÓRGÃO E PAÍS EMISSOR	Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)	PLANO	GC	LMC	CPF	MOTIVO EXCL.	DEVOUÇÃO DO CARTÃO								
								O S O N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N								
1 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED												NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
1 - CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE UNIMED												NOME DA MÃE DO DEPENDENTE				PARENTESCO			
DATA DE NASC.	SEXO	EST. CIVIL	RG	ÓRGÃO E PAÍS EMISSOR	Nº CNS (Cartão Nacional Saúde)	PLANO	GC	LMC	CPF	MOTIVO EXCL.	DEVOUÇÃO DO CARTÃO								
								O S O N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N								

1 - Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário  
 2 - Término da relação de vínculo a um beneficiário (dependência)  
 3 - Desligamento da empresa (planos coletivos)  
 4 - Inatemplicidade  
 5 - QUIT

7 - Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação do sistema da operadora.  
 8 - Transferência da Carteira  
 9 - Alteração do código do beneficiário  
 13 - Inclusão indevida de beneficiário

QUANDO O FORMULÁRIO ESTIVER INCOMPLETO, RASURADO OU INCONSISTENTE, A OPERAÇÃO NÃO SERÁ EFETUADA E O FORMULÁRIO DEVOLVIDO.

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.

Assinatura do titular: \_\_\_\_\_ Recebimento Unimed: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_