

FORM-P02-08 Rev.02 Emissão: 27/07/2020		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:			
OPERADORA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				ANS - nº 36044-9	
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			DADOS DO 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: _____			
DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)					
1 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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.					
Observações:					
_____ Assinatura da Pessoa Jurídica Contratante			** Campo de uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis _____ Data de Recebimento da Movimentação		** Campo de uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis _____ Data de Efetivação da Movimentação

FORM-P02-08
Rev.02
Emissão: 27/07/2020

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.
- 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