

## Formulário de Movimentação Cadastral de Beneficiários – Pessoa Jurídica

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Assinalar para qual tipo de assistência se dará a movimentação			
<input type="checkbox"/> Médica	Código empresa na assistência Médica	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dental	Código empresa na assistência Dental	_____	_____
Nome da empresa		CNPJ	
_____		_____	
Obs.: No caso da movimentação na assistência médica e dental, favor preencher as duas opções acima.			
Esta movimentação pode ser processada fora do período de movimentação da empresa?			
<input type="checkbox"/> Sim**	<input type="checkbox"/> Não	**OBS.: Os casos de inclusões processadas fora do período de movimentação poderão ser cobrados em duplicidade na próxima fatura.	
Assinalar o tipo de movimentação que será realizada			
INCLUSÃO DE	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependentes	***Beneficiário contribuinte
EXCLUSÃO DE	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TRANSFERÊNCIA ENTRE	<input type="checkbox"/> Filiais	<input type="checkbox"/> Empresas coligadas/lotação	
ALTERAÇÃO DE	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Dados cadastrais	
Dados do beneficiário titular (campo obrigatório para qualquer tipo de movimentação)			
CPF do titular*		Nome completo e sem abreviações	
_____		_____	
Continuação (nome completo e sem abreviações)			
_____			
Número do cartão médico do titular		Número do cartão dental do titular	
_____		_____	
<b>MOTIVO DA EXCLUSÃO</b>			
<input type="checkbox"/> demissão ou exoneração sem justa causa <input type="checkbox"/> demissão ou exoneração com justa causa <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> outros			
Se demitido, informar a data de demissão: _____ / _____ / _____			
***Se contribuía, foi o beneficiário informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
***Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato: Opção exercida: <input type="checkbox"/> Continuidade do benefício <input type="checkbox"/> Não continuidade do benefício / Data da opção: __/__/__			
***Se contribuía, qual o tempo de contribuição do beneficiário para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?			
_____ anos		_____ meses	
		_____ dias	
Data da primeira contribuição*:		_____ / _____ / _____	

\*\*\*Beneficiário contribuinte é aquele que contribuía com parte ou integralmente para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário titular

Assinatura e carimbo da contratante

## Formulário de Movimentação Cadastral de Beneficiários – Pessoa Jurídica

\* Os campos ARC médico e ARC dental são para uso exclusivo da operadora.

\* Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

<b>Preencher os campos abaixo, somente para as opções: Inclusão de Titular e Alteração de dados Cadastrais Titular. Para a opção inclusão, ainda deverá ser preenchido o documento Declaração de Saúde.</b>					
Data de nascimento*	Data de admissão	Matrícula funcional	Cargo ou função na empresa		
Código do setor		Nº cartão nacional de saúde (SUS)			
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*					
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros					
Tipo de plano médico escolhido*		ARC Médico	Tipo de plano dental escolhido*		
Endereço para correspondência do beneficiário titular					
CEP		UF	Município		
Rua, Av., Travessa etc.					
Número/Lote		Complemento (Apto, bloco, quadra)		Bairro	
Telefone para contato 1			Telefone para contato 2		
E-mail					
<b>Preencher campos abaixo, somente para as opções: inclusões de dependentes e alteração de dados cadastrais de dependentes. Para a opção inclusão, ainda deverá ser preenchido o documento Declaração de Saúde.</b>					
1	CPF*		Nome completo e sem abreviações*		
	Continuação (nome completo e sem abreviações)				
	Nº cartão nacional de saúde (SUS)			Nº declaração de nascido vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Data de nascimento*		Grau de parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros		
	Nome completo e sem abreviações da mãe do dependente/beneficiário*				
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros				
	Tipo de plano médico escolhido*		ARC Médico	Tipo de plano dental escolhido*	
2	CPF*		Nome completo e sem abreviações*		
	Continuação (nome completo e sem abreviações)				
	Nº cartão nacional de saúde (SUS)			Nº declaração de nascido vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Data de nascimento*		Grau de parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros		
	Nome completo e sem abreviações da mãe do dependente/beneficiário*				
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros				
	Tipo de plano médico escolhido*		ARC Médico	Tipo de plano dental escolhido*	

Local e Data

Assinatura do responsável

## Formulário de Movimentação Cadastral de Beneficiários – Pessoa Jurídica

3	CPF*	Nome completo e sem abreviações*		
	Continuação (nome completo e sem abreviações)			
	Nº cartão nacional de saúde (SUS)		Nº declaração de nascido vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Data de nascimento*	Grau de parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros		
	Nome completo e sem abreviações da mãe do dependente/beneficiário*			
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros			
	Tipo de plano médico escolhido*		ARC Médico	Tipo de plano dental escolhido*
			ARC Dental	

Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: **exclusão de dependentes**

Dados do dependente que será excluído do contrato

1	Nome completo*	Data de nascimento*
2	Nome completo*	Data de nascimento*
3	Nome completo*	Data de nascimento*

Dados atuais	Dados para onde deverá ocorrer a transferência		
Matrícula Atual	Código empresa/lotação na assistência médica	Filial nova	Matrícula nova
Os códigos atuais da empresa devem estar preenchidos no início da folha 1 deste formulário.	Código empresa/lotação na assistência dental	Filial nova	Matrícula nova

Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: **alteração de plano**

Plano atual		
Tipo de plano médico atual	Tipo de plano médico desejado	Acomodação <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Privado
Tipo de plano dental atual	Tipo de plano dental desejado	

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

\* Os campos ARC médico e ARC dental são para uso exclusivo da operadora.

Local e Data

Assinatura do responsável