Form-DVCR-27 Rev.00 Emissão: 19/02/2019	**MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE CLIENTES**	Unimed Grande Florianópolis

Preencher uma só operação por formulário: ◯Inclusão ◯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 (FILIAL):	

OPERADORA: **UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** **ANS - nº 36044-9**

DADOS DO TITULAR

CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR		NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR	
GÊNERO: ☐MASCULINO ☐FEMININO	CPF:	TELEFONE PARA CONTATO 1: ( )	TELEFONE PARA CONTATO 2: ( )

DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO: (dd / mm / aaaa) ___/___/___

Inclusão: Sempre preencher com a data de envio da movimentação ou futura.
Transferência: apenas para o primeiro dia do mês seguinte.

E-MAIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA PELO TITULAR:

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

1 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE	GRAU DE DEPENDÊNCIA: ☐CÔNJUGE ☐FILHO (A) ☐ENTEADO (A) ☐NETO (A) ☐OUTRO:
GÊNERO: ☐MASCULINO ☐FEMININO	CPF:		
2 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		**NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**	**GRAU DE DEPENDÊNCIA: ☐CÔNJUGE ☐FILHO (A) ☐ENTEADO (A) ☐NETO (A) ☐OUTRO:**
GÊNERO: ☐MASCULINO ☐FEMININO	CPF:		
3 - CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		**NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**	**GRAU DE DEPENDÊNCIA: ☐CÔNJUGE ☐FILHO (A) ☐ENTEADO (A) ☐NETO (A) ☐OUTRO:**
GÊNERO: ☐MASCULINO ☐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.

OBS.:

	** Campo de uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis	** Campo de uso exclusivo da Unimed Grande Florianópolis
Carimbo e Assinatura da Pessoa Jurídica Contratante	**Data de Recebimento na UGF**	**Data de Efetivação da Movimentação na UGF**

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.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

CLIENTE.UNIMEDFLORIANOPOLIS.COM.BR
PORTAL DO CLIENTE

0800483500
SAC 24 HORAS

CDL Florianópolis ○ Inclusão Titular ○ Transferencia de Beneficiário Unimed Grande Florianópolis

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 Empresa	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.
6 - A segunda via do cartão tem um custo unitário de R$ 38,00 para os contratos 1297,1038,0905,0969,1481,2286,2486,2496 e R$12,59 para o contrato 2001
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 SUBSEQUENTE. Para entrega de Cancelamento é ATÉ O DIA 10 de cada mês, para não gerar mensalidade para o mês subsequente (verificar motivos e suas particularidades). Quando dia 10 for sábado, domingo ou feriado, a data de entrega será antecipada. As solicitações entregues após o dia 10 serão consideradas como recebidas no dia 1º do mês posterior. Só será aceita a via original das solicitações, não podendo ser encaminhada por e-mail.
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 utéis após a data de entrega da documentação completa, legível e atualizada na CDL , e o processamento do cadastro poderá ser até 15 dias úteis após a data de inclusão.

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.