

Ficha de Movimentação

Associação/Sindicato: _____ **Contratante:** _____

Tipo de Solicitação: Inclusão Família Exclusão Família Alteração do Tipo de Plano Alteração dos Dados Cadastrais
 Inclusão Dependente Exclusão Dependente 2º Via do Cartão Reativação Família/Dependentes

Motivo de Exclusão: Migração Plano Empresarial Plano muito caro Mudança para outra operadora
 Sem Interesse Falecimento Outros: _____

Opcionais: Nossa Saúde Resgate Valor: R\$ _____ (Por Pessoa)

Dados do Associado/Titular

Nome: _____ **Sexo:** M F

Cod. Cartão: _____ **Plano:** _____ **Mensalidade:** R\$ _____

Início da Vigência: ____ / ____ / ____ **Cod. Atividade Principal:** _____ **Profissão:** _____

RG: _____ **Data Exp.:** ____ / ____ / ____ **Órgão Exp.:** _____ **CPF:** _____

Título de Eleitor: _____ **CNS:** _____ **Data Nascimento:** ____ / ____ / ____

Estado Civil: Casado Solteiro Desquitado Divorciado Viúvo Outros: _____

Endereço: _____ **N°** _____ **Complemento:** _____

Bairro: _____ **CEP:** _____ **UF:** _____

Cidade: _____ **E-mail:** _____

Telefone1: (____) _____ **Telefone2:** (____) _____ **Telefone3:** (____) _____

Nome da Mãe: _____

Obs: _____

Dependentes/Agregados 1

Nome: _____ **Sexo:** M F

Grau de Dependência: Conjuge Filho Outros: _____

Cod. Cartão: _____ **Plano:** _____ **Mensalidade:** R\$ _____

Início da Vigência: ____ / ____ / ____ **Cod. Atividade Principal:** _____ **Profissão:** _____

RG: _____ **Data Exp.:** ____ / ____ / ____ **Órgão Exp.:** _____ **CPF:** _____

Título de Eleitor: _____ **CNS:** _____ **Data Nascimento:** ____ / ____ / ____

Estado Civil: Casado Solteiro Desquitado Divorciado Viúvo Outros: _____

Nome da Mãe: _____

Obs: _____

Dependentes/Agregados 2

Nome: _____ **Sexo:** M F

Grau de Dependência: Conjuge Filho Outros: _____

Cod. Cartão: _____ **Plano:** _____ **Mensalidade:** R\$ _____

Início da Vigência: ____ / ____ / ____ **Cod. Atividade Principal:** _____ **Profissão:** _____

RG: _____ **Data Exp.:** ____ / ____ / ____ **Órgão Exp.:** _____ **CPF:** _____

Título de Eleitor: _____ **CNS:** _____ **Data Nascimento:** ____ / ____ / ____

Estado Civil: Casado Solteiro Desquitado Divorciado Viúvo Outros: _____

Nome da Mãe: _____

Obs: _____

Rubrica do Titular: _____

Dependentes/Aggregados 3

Nome: _____ Sexo: M F

Grau de Dependência: Conjuge Filho Outros: _____

Cod. Cartão: _____ Plano: _____ Mensalidade: R\$ _____

Início da Vigência: ____ / ____ / ____ Cod. Atividade Principal: _____ Profissão: _____

RG: _____ Data Exp.: ____ / ____ / ____ Órgão Exp.: _____ CPF: _____

Título de Eleitor: _____ CNS: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Estado Civil: Casado Solteiro Desquitado Divorciado Vívuo Outros: _____

Nome da Mãe: _____

Obs: _____

Dependentes/Aggregados 4

Nome: _____ Sexo: M F

Grau de Dependência: Conjuge Filho Outros: _____

Cod. Cartão: _____ Plano: _____ Mensalidade: R\$ _____

Início da Vigência: ____ / ____ / ____ Cod. Atividade Principal: _____ Profissão: _____

RG: _____ Data Exp.: ____ / ____ / ____ Órgão Exp.: _____ CPF: _____

Título de Eleitor: _____ CNS: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Estado Civil: Casado Solteiro Desquitado Divorciado Vívuo Outros: _____

Nome da Mãe: _____

Obs: _____

Dependentes/Aggregados 5

Nome: _____ Sexo: M F

Grau de Dependência: Conjuge Filho Outros: _____

Cod. Cartão: _____ Plano: _____ Mensalidade: R\$ _____

Início da Vigência: ____ / ____ / ____ Cod. Atividade Principal: _____ Profissão: _____

RG: _____ Data Exp.: ____ / ____ / ____ Órgão Exp.: _____ CPF: _____

Título de Eleitor: _____ CNS: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Estado Civil: Casado Solteiro Desquitado Divorciado Vívuo Outros: _____

Nome da Mãe: _____

Obs: _____

Solicito ter acesso ao meu boleto/demonstrativo de cobrança conforme minha opção escolhida abaixo:

- Retirar no site www.grupovital.com.br;
- Receber por correspondência;
- Receber por e-mail (obrigatório informar o e-mail nos dados do Associado/Titular);
- Receber no meu celular o código de barras por SMS (obrigatório o informar o numero de celular com o DDD nos dados do Associado/Titular).

ATENÇÃO: CASO O ASSOCIADO DEIXE DE PAGAR O BOLETO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS, O PLANO ENTRARÁ EM PROCESSO DE EXCLUSÃO.

Se o Associado não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente com o Grupo Vital pelo telefone 041 3512-5910 ou pelo site www.grupovital.com.br -> área do cliente, para que não se sujeite às consequências da mora. Para a opção de Débito em Conta entre em contato com o Grupo Vital.

Recibo

O presente diz respeito ao pagamento da taxa de adesão, equivalente a R\$ _____ (_____)
referente a adesão minha e de meus dependentes (se houver) de acordo com o plano escolhido.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura Associado/Titular

Assinatura e Carimbo
Consultor/OperadorAssinatura e Carimbo
Associação/Sindicato

Eu, _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG n.º _____ e inscrito(a) no CPF/MF sob o n.º _____

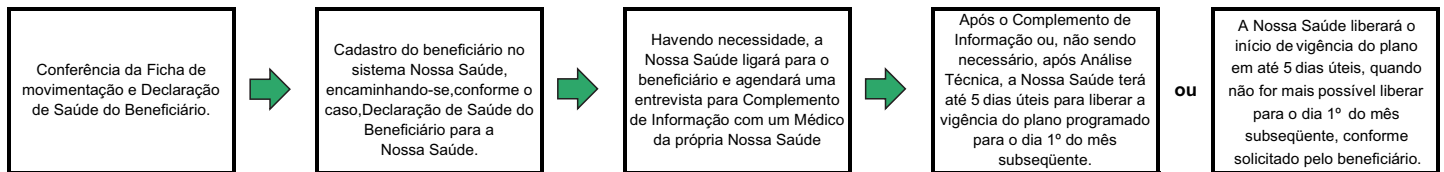
venho por meio desta declaração manifestar expressamente que:

- **Tive acesso, li e compreendi todos os Termos e Cláusulas da Proposta de Adesão que me foi disponibilizada nesta data e que também está disponível no site do Grupo Vital - www.grupovital.com.br, pelo que concordo e aceito a contratação do respectivo Plano de Saúde através da Associação/Sindicado do qual pertença.**
- Até a presente data, não possuo nenhuma pendência financeira de outros Planos de Saúde e/ou Odontológico administrados por qualquer uma das Empresas do Grupo Vital e, se porventura, houver pendências financeiras em aberto perante qualquer uma das Empresas do Grupo Vital, estou ciente que **NÃO HAVERÁ ACEITAÇÃO** de minha adesão ao novo Plano de Saúde até que todos os débitos sejam regularizados;
- Estou ciente quanto à possibilidade de submissão a uma prévia análise de entrevista qualificada, pelo(s) médico(s) indicado(s) pela Nossa Saúde, para início de minha inclusão, assim como de meu(s) dependente(s) / beneficiário(s) no Plano de Saúde contratado junto à CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., e que a Nossa Saúde, a seu exclusivo critério, havendo a necessidade poderá marcar uma entrevista para Complemento de Informação com médico(s) de sua indicação, para esclarecer informações por mim prestadas na declaração de saúde;
- Estou ciente também que, somente após a análise final das informações por mim prestadas na declaração de saúde e/ou após a realização do Complemento de Informação ou Análise Técnica, conforme citado acima, a Nossa Saúde terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para fazer a liberação da vigência do meu Plano de Saúde e/ou do(s) meu(s) dependente(s)/beneficiário(s), conforme solicitado abaixo:

Preferência temporal de inclusão no Plano de Saúde:

- Com início de vigência programada para o 1º dia do mês subsequente, desde já ciente que, conforme a necessidade de Complemento de Informação, a inclusão neste modelo pode se mostrar inviável, sendo automaticamente enquadrada na alternativa abaixo. Caso o beneficiário queira manter sua inclusão para o 1º dia do mês posterior ao mês subsequente, deverá inserir esta observação no campo "Obs" da Ficha de Movimentação;
- Com início de vigência em até 5 dias úteis, após Complemento de informação realizada pela Nossa saúde (não sendo necessária o Complemento de Informação ou Declaração de Saúde, o mesmo prazo passará a contar da Análise Técnica da Nossa saúde).

Fluxograma:



- Liberada a vigência, será gerado o Código da Carteira de Usuário do Plano de Saúde, assim como a carta informando se haverá a necessidade de cumprimento de carência de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIO (CPT) para alguns procedimentos. Tenho ciência também que qualquer solicitação de exclusão, minha ou de meus dependentes, do plano de Saúde, contratado junto à CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., deverá ser feita presencialmente ou através de telefone para a Contratante, Operadora do Plano de Saúde ou à Administradora de Benefícios. O cancelamento será imediato a partir da data de ciência da Operadora ou Administradora de Benefícios, onde receberei informações sobre as conseqüências do cancelamento conforme a Resolução Normativa n° 412.
- Declaro ainda, a bem da verdade e para que produza todos os seus efeitos de Direito, que tive acesso aos exemplares impressos/digitais, de forma clara e perfeitamente legível, do MPS (Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde), o qual informa os principais aspectos a serem observados para a contratação de Planos de Saúde e do GLC (Guia de Leitura Contratual), o qual facilita a compreensão de todas as Cláusulas e do conteúdo do Contrato de Plano de Saúde por meio da indicação das referências aos seus tópicos relevantes. Por fim, declaro que recebi a informação de que os exemplares do MPS e GLC, citados acima, também estão disponíveis e poderão ser solicitados diretamente na sede da CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., sito à Rua Desembargador Westphalen, 2151, Rebouças, Curitiba-PR e/ou poderão ser obtidos através do site da referida Empresa (www.grupovital.com.br).

Minha opção foi em receber o MPS em: via digital (www.grupovital.com.br/site/wp-content/themes/grupovital/download.html) material impresso

Minha opção foi em receber o GLC em: via digital (www.grupovital.com.br/site/wp-content/themes/grupovital/download.html) material impresso

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular do Plano