

Ficha de Movimentação

Unimed DENTALUNI

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: Aéreo Médico Valor: R\$ _____ (Por Pessoa) S.O.S. Unimed 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 Víuvo 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 Víuvo 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 Víuvo 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 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/informações 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, WhatsApp pelo 041 99999-0844 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 para a KRD Corretora de Seguros SA . 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/Operador

Assinatura e Carimbo
Associação/Sindicato

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

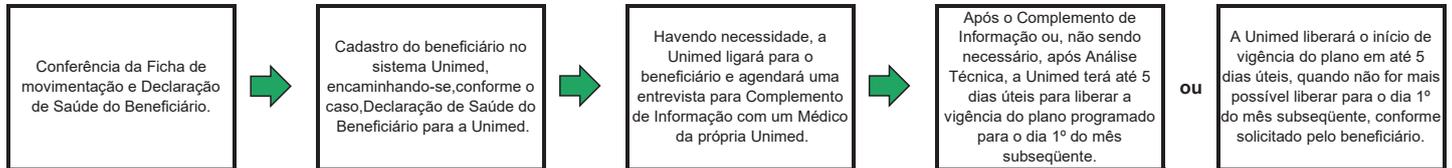
venho por meio desta declaração manifestar expressamente que:

- **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 e/ou Odontológico 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/Odontológico 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 Unimed, 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 Unimed, 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 Unimed 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, inclusive em relação à forma de pagamento (1º mês proporcional e cumulado na fatura do 2º mês). 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 Unimed (não sendo necessária o Complemento de Informação ou Declaração de Saúde, o mesmo prazo passará a contar da Análise Técnica da Unimed). Informamos que, nesta modalidade, o 1º mês será cobrado de forma proporcional (pro rata temporis) aos dias em que o beneficiário esteve ativo e o valor virá acumulado na fatura do 2º mês.

Fluxograma:



- Liberada a vigência, será gerado o Código da Carteira de Usuário do Plano de Saúde contratado e a respectiva Mensalidade a ser contada a partir do início da vigência do plano de saúde na Unimed, assim como a carta informando se haverá a necessidade de cumprimento de carência de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIO (CPT) para algumas situações. Tenho ciência também que qualquer solicitação de exclusão, minha ou de meus dependentes, do plano de Saúde/Odontológico, 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/Odontológico), o qual informa os principais aspectos a serem observados para a contratação de Planos de Saúde/Odontológico 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/Odontológico 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

Para Inclusão do Plano Odontológico:

- **Estou ciente que, para a inclusão ou alteração do meu Plano Odontológico a solicitação deverá ser feita pela ficha de movimentação até o dia 15 (quinze) de cada mês de modo que a mesma seja processada para o dia 1º (primeiro) do mês subsequente, não havendo qualquer outro modo para se operar tais movimentações, diferentemente do Plano de Saúde.**

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Titular do Plano