



SEGUROS

CNPJ 04.540.010/0001-70

ALTERAÇÕES CADASTRAIS

☐ SAÚDE

☐ ODONTOLÓGICO

ESTIPULANTE	CÓDIGO DO ESTIPULANTE	CÓDIGO DO SUB ESTIPULANTE
CORRETOR	SUSEP	

MOVIMENTAÇÃO									
03 - EXCLUSÃO DE DEPENDENTE		15 - ALTERAÇÃO DE PLANO		37 - TRANSFERÊNCIA DE SUB ESTIPULANTE/UNIDADE		60 - ALTERAÇÃO DE DATA DE NASCIMENTO			
06 - ALTERAÇÃO DO NOME		17 - REMISSÃO		44 - ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO					
15 - ALTERAÇÃO DE PLANO		26 - REABILITAÇÃO DO SEGURO		55 - ALTERAÇÃO DO DENTISTA GENERALISTA					
1	SEGURO	DÍG.	DEP. Nº	MOVIMENTAÇÃO	NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA:	USO DA SEGURADORA			
NOME COMPLETO (*)						CPF (*)			
R.G. (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)		SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (**)			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)				ENDEREÇO (*)					
Nº (*)		COMPLEMENTO		BAIRRO (*)		CIDADE (*)		UF (*)	
CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)		NOME DA MÃE (*)					
2	SEGURO	DÍG.	DEP. Nº	MOVIMENTAÇÃO	NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA:	USO DA SEGURADORA			
NOME COMPLETO (*)						CPF (*)			
R.G. (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)		SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (**)			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)				ENDEREÇO (*)					
Nº (*)		COMPLEMENTO		BAIRRO (*)		CIDADE (*)		UF (*)	
CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)		NOME DA MÃE (*)					
3	SEGURO	DÍG.	DEP. Nº	MOVIMENTAÇÃO	NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA:	USO DA SEGURADORA			
NOME COMPLETO (*)						CPF (*)			
R.G. (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)		SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (**)			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)				ENDEREÇO (*)					
Nº (*)		COMPLEMENTO		BAIRRO (*)		CIDADE (*)		UF (*)	
CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)		NOME DA MÃE (*)					
4	SEGURO	DÍG.	DEP. Nº	MOVIMENTAÇÃO	NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA:	USO DA SEGURADORA			
NOME COMPLETO (*)						CPF (*)			
R.G. (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)		SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (**)			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)				ENDEREÇO (*)					
Nº (*)		COMPLEMENTO		BAIRRO (*)		CIDADE (*)		UF (*)	
CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)		NOME DA MÃE (*)					

As movimentações devem ser protocoladas: **MATRIZ: 17 (dezessete) dias antes do vencimento original da fatura; REGIONAL: 20 (vinte) dias antes do vencimento original da fatura.**

**ATENÇÃO:** Quando o número de exclusões solicitadas pela empresa Estipulante ultrapassar os percentuais de manutenção do grupo segurado, constantes nos itens específicos das Condições Gerais do Seguro Saúde/Odontológico, estas não serão efetuadas pela Seguradora, cabendo a Estipulante, se o caso, requerer o cancelamento da Apólice.