

## ALTERAÇÕES CADASTRAIS

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  
 06 - ALTERAÇÃO DO NOME      17 - REMISSÃO      44 - ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO  
 15 - ALTERAÇÃO DE PLANO      26 - REabilitação do SEGURO      55 - ALTERAÇÃO DO DENTISTA GENERALISTA

60 - ALTERAÇÃO DE DATA DE NASCIMENTO

1	SEGURO	DÍG.	DEP. Nº	MOVIMENTAÇÃO	NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA:	USO DA SEGURADORA
						CPF (*)
						-

R.G. (*)	ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O N° 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
						CPF (*)
						-

R.G. (*)	ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O N° 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
						CPF (*)
						-

R.G. (*)	ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O N° 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
						CPF (*)
						-

R.G. (*)	ÓRGÃO EMISSOR/UF(**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O N° 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.

LOCALE DATA

ASSINATURA DA ESTIPULANTE SOB CARIMBO

(\*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

(\*\*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO À RN 117/2005. ANÃO INFORMAÇÃO DESTES DADOS PODERÁ SER ALVO DE NOTIFICAÇÃO À ANS, ACERCA DA NÃO OBTENÇÃO DOS DADOS.