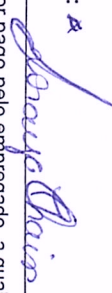


Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60		Registro na ANS: 005711		Operadora Odontoprev S.A		CNPJ 58.119.199/0001-51		Registro na ANS: 30194-9			
Cia	Apólice	Subfatura		Nome da empresa estipulante / subestipulante									
Tipo de movimentação: 1		1 - Cancelamento do titular 2 - Cancelamento de dependente		3 - Alteração de titular 4 - Alteração de dependente		5 - 2ª via de cartão 6 - Inclusão de dependente		Certificado					
<b>1 - Dados do titular (somente preencher caso alteração / cancelamento do titular)</b>													
Matrícula Funcional &FunMatr		Nome Soraya de Moura Chain		CNS (Carteira Nacional de Saúde):		DNV (Declaração de Nascido Vivo):		RIC (Registro de Identificação Civil):					
Preencher somente os dados a serem alterados													
Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino	Data de nascimento	21/04/89	Estado Civil	4	1 - Solteiro 2 - Casado	3 - Viúvo 4 - Outros	CPF	35780771845	PIS	20788858453	Cargo / Ocupação Auxiliar Adm de Vendas	Data de Admissão
Nome da Mãe Izabel Rodrigues de Moura		Nova subfatura		Data (Cancelamento ou Alteração)		Motivo		Motivo do Cancelamento:					
				01/02/19		1		1 - Desistência 2 - Demissão s/ justa causa 3 - Aposentadoria		4 - Falecimento 5 - Duplicidade 6 - A pedido do titular 8 - Demissão c/ justa causa 9 - Outros			
<b>2 - Dados do cancelamento (somente preencher em caso de Demissão SEM Justa Causa / Aposentadoria do Titular)</b>													
Titular contribuiu <sup>1</sup> para o pagamento do prêmio?		<input type="checkbox"/> Sim * <input checked="" type="checkbox"/> Não		Caso positivo, por quanto tempo:		3 Meses		<input type="checkbox"/> Aceitou <input checked="" type="checkbox"/> Recusou					
Quanto à manutenção no plano oferecido no momento do desligamento ao Titular que contribuiu para o pagamento do prêmio:													
<b>Assinatura do Segurado Titular:</b> 													
<sup>1</sup> Considera-se contribuição o valor pago pelo empregado, a qualquer tempo, para custear parte ou a integralidade do prêmio do seguro, mesmo que no momento da demissão/aposentaria, o mesmo não esteja contribuindo no pagamento. Não são considerados como contribuições os pagamentos de valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia.													
<b>* O cancelamento nestes casos está condicionado à entrega da(s) carta(s) específica(s) preenchida(s) e com as devidas assinaturas (0628-A para apólices do Saúde e 0628-B para apólices do Dental).</b>													
<b>3 - Endereço residencial do titular (para correspondência)</b>													
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc) n° e complemento (andar, sala, apto, etc.) Rua Amapa								Bairro Vila Canero		UF SP			
Cidade São Paulo								CEP		Telefone (com DDD)			
<b>4 - Dados do plano</b>													
Código do plano:		Código da região:		Nome da região:		Data da alteração							
ABRIL/2017													

Companhia Seguradora  
Bradesco Saúde S.A.

 CNPJ  
92.693.118/0001-60

 Registro na ANS:  
005711

 Operadora  
Odontoprev S.A

 CNPJ  
58.119.199/0001-51

 Registro na ANS:  
30194-9

**5- Dependentes**

Favor preencher os devidos campos com os códigos informados ao lado

Sexo:	Estado Civil:	Parentesco:	Motivo do Cancelamento:
1- Masculino 2- Feminino	1- Solteiro 2- Casado	3- Vivo 4- Outros	1- Desistência 4 - Falecimento 5 - Duplicidade 6 - A pedido do titular

Certificado	Código	Nome	CPF	Data de nascimento
-------------	--------	------	-----	--------------------

Sexo	Est.Civil	Parentesco	Nome da Mãe	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo
------	-----------	------------	-------------	---	--------

CNS (Carteira Nacional de Saúde):

DNV (Declaração de Nascido Vivo):

RIC (Registro de Identificação Civil):

Certificado	Código	Nome	CPF	Data de nascimento
-------------	--------	------	-----	--------------------

Sexo	Est.Civil	Parentesco	Nome da Mãe	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo
------	-----------	------------	-------------	---	--------

CNS (Carteira Nacional de Saúde):

DNV (Declaração de Nascido Vivo):

RIC (Registro de Identificação Civil):

Certificado	Código	Nome	CPF	Data de nascimento
-------------	--------	------	-----	--------------------

Sexo	Est.Civil	Parentesco	Nome da Mãe	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo
------	-----------	------------	-------------	---	--------

CNS (Carteira Nacional de Saúde):

DNV (Declaração de Nascido Vivo):

RIC (Registro de Identificação Civil):

ABRIL/2017

PAG.2/3

COD. FORM. ELETR. 0628



Companhia Seguradora  
Bradesco Saúde S.A.CNPJ  
92.693.118/0001-60Registro na ANS:  
005711Operadora  
Odontoprev S.ACNPJ  
58.119.199/0001-51Registro na ANS:  
30194-9**5- Dependentes (continuação)**

Certificado		Código	Nome	CPF	Data de nascimento	
Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento		Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde):			DNV (Declaração de Nascido Vivo):		RIC (Registro de Identificação Civil):	
Certificado			Código	Nome	CPF	Data de nascimento
Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento		Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde):			DNV (Declaração de Nascido Vivo):		RIC (Registro de Identificação Civil):	

Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário e autorizo o seu processamento no sistema da Bradesco Saúde.

Assinatura do Estipulante sob carimbo

Claudio Roberto Meneses  
Gestor de RH  
SENSE Eletrônica Ltda**47 922 042/0006-58**  
**SENSE ELETRÔNICA LTDA**  
**Rua Tuiuba, 1237,**  
**Tatuapé - CEP 09061-012**

ABRIL/2017

COD. FORM. ELETR. 0628

PAG. 3/3

 Bradesco Seguros

intranet