

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente



COD. FORM. ELETR. 0628	0			/3	PAG.1/3						/2017	ABRIL/2017
				alteração	Data da alteração			Nome da região:	Código da região: No	Código	Código do plano:	Código
											4- Dados do plano	4- Dado
				(com DDD)	i eletone (com	Τ	C				lo	São Paulo
	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\		nero		1	ם 	2				apa	Cidade
	} ⊆			Callio			g, sp.6, 0.0.)	(5)				
				Rairro			a apto etc.)	Logradouro (Rua, Avenida, Praca, etc) nº e complemento (andar, sala, apto, etc.)	ca. etc) nº e comp	enida, Prac	ouro (Rua, Ave	Logrado
								pondência)	3- Endereço residencial do titular (para correspondência)	cial do titu	reço residen	3- Ende
apólices do Dental).	*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).	-A para apólices	ıaturas (0628	devidas assin	nida(s) e com as	ífica(s) preenc	s) carta(s) espec	าado à entrega da(os está condicior	stes caso	selamento ne	*O cano
mesmo não esteja	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.	ie no momento d oparticipação ou	ro, mesmo qu regados e à c	orêmio do segu endentes e ag	integralidade do p cionados aos dep	stear parte ou a s de valores rela	er tempo, para cu es os pagamentos	¹ 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 demiss contribuindo no pagamento. Não são considerados como contribuições os pagamentos de valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia	/alor pago pelo en o são considerado	ouição o vo mento. Não	dera-se contrit indo no pagar	1 Consideration Contribution
								so Chain	lar: A	rado Titul:	Assinatura do Segurado Titular: 🗷	Assinat
	⊠ Recusou		☐ Aceitou	orêmio:	o pagamento do p	contribuiu para	nto ao Titular que	Quanto à manutenção no plano oferecido no momento do desligamento ao Titular que contribuiu para o pagamento do prêmio:	oferecido no mon	no plano	à manutenção	Quanto
				3 Meses	quanto tempo:	Caso positivo, por quanto tempo:	Não Ca	Sim *	Titular contribuiu ¹ para o pagamento do prêmio?	a o pagan	ontribuiu ¹ pai	Titular c
				ılar)	entadoria do Titu	a Causa / Apos	nissão SEM Just	2- Dados do cancelamento (somente preencher em caso de Demissão SEM Justa Causa / Aposentadoria do Titular)	omente preench	mento (so	s do cancela	2- Dado
nto 8 – Demissão de c/ justa causa do titular 9 - Outros	4 – Falecimento justa causa 5 – Duplicidade ia 6 – A pedido do titular	1 – Desistência 2 – Demissão s/ justa causa 3 – Aposentadoria	<u></u>		01/02/19	01.				/loura	Izabel Rodrigues de Moura	Izabel R
		Motivo do Cancelamento:	Motivo	ou Alteração)	Data (Cancelamento ou Alteração)		Nova subfatura				a Mãe	Nome da Mãe
	Auxiliar Adm de Vendas	Auxiliar Adı	20788858453	20788	35780771845	4 - Outros 357	2 - Casado 4 - C	4	21/04/89		2 - Feminino	2
Data de Admissão	upação	Cargo / Ocupação		PIS		/iúvo CPF	1 - Solteiro 3 - Viúvo	Estado Civil	Data de nascimento		1 - Masculino	Sexo
ntificação Civil):	RIC (Registro de Identificação Civil):		/ivo):	o de Nascido ∖	DNV (Declaração de Nascido Vivo):			CNS (Carteira Nacional de Saúde):	CNS (Carteira N	os ados	Preencher somente os dados a serem alterados	Preenci dados a
								ra Chain	Soraya de Moura Chain		atr	&FunMatr
									Nome		Matrícula Funcional	Matrícul
							mento do titular)	1- Dados do titular (somente preencher caso alteração / cancelamento do titular)	preencher caso	somente p	s do titular (s	1- Dado
	ado	Certificado	endente	5 - 2ª via de cartão 6 - Inclusão de dependente	6-L	3 - Alteração de titular 4 - Alteração de dependente	3 - Alteração 4 - Alteração	do titular de dependente	1- Cancelamento do titular 2 - Cancelamento de dependente		Tipo de movimentação:	Tipo de
		ante	te / subestipul	resa estipulant	Nome da empresa estipulante / subestipulante		ura	Subfatura		Apólice	Ą	Cia
Registro na ANS: 30194-9	CNPJ 58.119.199/0001-51	58.119.	S.A	Operadora Odontoprev S.A		Registro na ANS: 005711	Re	0001-60	CNPJ 92.693.118/0001-60	าัล	Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	Compar Bradesc



Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente



707174017	ABB	CNS (Carteira Nacional de Saide):	vexo		Codificado	CNS (Carte	0 00	_	Cortificado	CNS (Carte	5	Sexo	Certificado		Favor preencher os devidos ca	o- peperidentes	Brace Brace	Comp
•	1	ra Nacions	Est.Civil			ira Nacion	I St. CIVII			eira Nacion		Est.Civil			incher os d	Salles	Bradesco Saúde S.A.	Companhia Seguradora
	i de Salide).	de Saúde).	Parentesco	Coalgo	:	CNS (Carteira Nacional de Saúde):	Parentesco	Coalgo	:	CNS (Carteira Nacional de Saúde):		Parentesco	Código	aciado	Favor preencher os devidos campos com os códigos informados ao lado		le S.A.	uradora
			Nome da Mãe	Nome			Nome da Mãe	Nome			racing da Mad	Nomo do Mão	Nome	1- Masculino 2- Feminino			92.693.118/0001-60	CNP.
														1- Solteiro 2- Casado	Estado Civil:		60	
	DNV (Declaração de Nascido Vivo):					DNV (Declaração de Nascido Vivo):				DNV (Declaração de Nascido Vivo):				3- Viúvo 4- Outros			Registro na ANS 005711	Dogists
7	de Nascido Vi					de Nascido \				de Nascido V				1- Cônjuge 2- Filho(a)	Parentesco:		na ANS: 711	1
PAG.2/3	vo):					Vivo):				ivo):				3- Mãe 4- Pai				
														5-Sogro 6-Sogra			Operadora Odontoprev S.A	
														7- Tutelado 8- Outros			ora yv S.A	
	RIC (Registr					RIC (Reg				RIC (Regist	Dat	Ç	2	1 – Des 6 – A po	Motivo		58.1	
	RIC (Registro de Identificação Civil):		Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	CPF		RIC (Registro de Identificação Civil):	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	CPF		RIC (Registro de Identificação Civil):	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento			1 – Desistência 4 – Fale 6 – A pedido do titular	Motivo do Cancelamento:		CNPJ 58.119.199/0001-51	
COD. FORM. ELETR. 0628				Data de nascimento);		Data de nascimento				Data de nascimento		4 – Falecimento 5 – Duplicidade		30194-9	Registro na ANS:	
₹. 0628			Motivo	nto			Motivo	ento			Motivo			de				



intranet



Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG Dependente



Bradesco Saúde S.A.	A.	CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A	CNPJ	Reg	NS:
5- Dependentes (continuação)	uação)				36.119.199/0001-51	30194-9	
Certificado	Código	Nome			CPF	Data de nascimento	mento
Sexo Est.Civil Pa	Parentesco	Nome da Mãe			Data de inclusã	Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde):	e Saúde):		DNV (Declaração de Nascido Vivo):		RIC (Reaistro de Identificação Civil):	ão Civil):	
Certificado	Código	Nome			CPF	Data de nascimento	mento
Sexo Est.Civil Pa	Parentesco	Nome da Mãe			Data de inclusã	 Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde):	e Saúde):		DNV (Declaração de Nascido Vivo):		RIC (Registro de Identificação Civil):	ão Civil):	_
Declaro a veracidade das	informações pre	stadas neste formulário e auto	Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário e autorizo o seu processamento no sistema da Bradesco Saúde.	Bradesco Saúde.			

Assinatura do Estípulante sob carimbo

Claudio Roberto Menezes Gestor de RH SENSE Eletrônica Ltda

47 922 042/0006-58

T. T. 1237 SENSE ELETROPHICA, TOA Tatuapé - CEF 03081-012 COD. FORM. ELETR. 0628

PAG.3/3

R Bradesco Seguros

ABRIL/2017

intranet