

# ALTERAÇÃO / EXCLUSÃO - P.M.E.

Assinalar este campo para Plano Médico. Assinalar este campo para Plano Odontológico.



## DATAS DE MOVIMENTAÇÃO PME

Pagamento	Fechamento
Todo dia 10	até dia 25 de todo mês
Todo dia 20	até dia 05 de todo mês
Todo dia 30	até dia 15 de todo mês

### Dados da Empresa Contratante

Código da Empresa	Razão Social da Empresa
-------------------	-------------------------

1

ALTERAÇÃO     EXCLUSÃO     SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA  
 TITULAR     DEPENDENTE

### Dados do Titular (preenchimento obrigatório)

Cód. Titular	Nome do Titular
--------------	-----------------

### Dados do Dependente

Parentesco	Nome do Dependente
------------	--------------------

### Dados do Dependente

Parentesco	Nome do Dependente
------------	--------------------

### Observações

2

ALTERAÇÃO     EXCLUSÃO     SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA  
 TITULAR     DEPENDENTE

### Dados do Titular (preenchimento obrigatório)

Cód. Titular	Nome do Titular
--------------	-----------------

### Dados do Dependente

Parentesco	Nome do Dependente
------------	--------------------

### Dados do Dependente

Parentesco	Nome do Dependente
------------	--------------------

### Observações

3

ALTERAÇÃO     EXCLUSÃO     SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA  
 TITULAR     DEPENDENTE

### Dados do Titular (preenchimento obrigatório)

Cód. Titular	Nome do Titular
--------------	-----------------

### Dados do Dependente

Parentesco	Nome do Dependente
------------	--------------------

### Dados do Dependente

Parentesco	Nome do Dependente
------------	--------------------

### Observações

- Preencher em letra de forma;
- **Enviar este documento para o fax do cadastro 3170-1809 e confirmar imediatamente no tel. 3170-1955;**
- Se houver qualquer divergência ou reclamação no caso de envio desta ficha por fax será obrigatório a **apresentação do comprovante de fax** de acordo com o documento que estará microfilmado em nossos arquivos;
- Nas alterações, especificar no campo (Observações) qual será a atualização;
- **Em todos os casos o documento deverá ser enviado com o carimbo e assinatura da empresa;**
- **Na exclusão do titular os dependentes serão automaticamente excluídos.**

PROTOCOLO  
(USO DESTINADO A AMESP)

ANS nº 32.710-7

LOCAL E DATA DE EMISSÃO

ASSINATURA / CARIMBO DA EMPRESA