

ALTERAÇÕES CADASTRAIS

SAÚDE
 ODONTOLÓGICO

| | | |
|-------------|-----------------------|---------------------------|
| ESTIPULANTE | CÓDIGO DO ESTIPULANTE | CÓDIGO DO SUB ESTIPULANTE |
| CORRETOR | SUSEP | |

MOVIMENTAÇÃO

03 - EXCLUSÃO DE DEPENDENTE 15 - ALTERAÇÃO DE PLANO 32 - REABILITAÇÃO DE DEPENDENTE 55 - ALTERAÇÃO DO DENTISTA GENERALISTA
04 - CANCELAMENTO DO SEGURO 17 - REMISSÃO 37 - TRANSFERÊNCIA DE SUBESTIPULANTE/UNIDADE 60 - ALTERAÇÃO DE DATA DE NASCIMENTO
06 - ALTERAÇÃO DO NOME 26 - REABILITAÇÃO DO SEGURO 44 - ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|---------|--|---|-------------------------------------|
| 1 | SEGURO | DÍG. | DEP. Nº | MOVIMENTAÇÃO | NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA: | USO DA SEGURADORA |
| NOME COMPLETO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | | | | | CPF (Preenchimento obrigatório) (*) |
| R.G. (Preenchimento obrigatório) (*) | | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) | | DATA DE EXPEDIÇÃO (*) | SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (*) | |
| PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) | | | | ENDEREÇO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | |
| Nº | COMPLEMENTO | BAIRRO | | CIDADE | | UF |
| CEP | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL | | | NOME DA MÃE (SEGURADO) (Preenchimento obrigatório) | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|---------|--|---|-------------------------------------|
| 2 | SEGURO | DÍG. | DEP. Nº | MOVIMENTAÇÃO | NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA: | USO DA SEGURADORA |
| NOME COMPLETO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | | | | | CPF (Preenchimento obrigatório) (*) |
| R.G. (Preenchimento obrigatório) (*) | | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) | | DATA DE EXPEDIÇÃO (*) | SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (*) | |
| PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) | | | | ENDEREÇO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | |
| Nº | COMPLEMENTO | BAIRRO | | CIDADE | | UF |
| CEP | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL | | | NOME DA MÃE (SEGURADO) (Preenchimento obrigatório) | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|---------|--|---|-------------------------------------|
| 3 | SEGURO | DÍG. | DEP. Nº | MOVIMENTAÇÃO | NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA: | USO DA SEGURADORA |
| NOME COMPLETO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | | | | | CPF (Preenchimento obrigatório) (*) |
| R.G. (Preenchimento obrigatório) (*) | | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) | | DATA DE EXPEDIÇÃO (*) | SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (*) | |
| PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) | | | | ENDEREÇO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | |
| Nº | COMPLEMENTO | BAIRRO | | CIDADE | | UF |
| CEP | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL | | | NOME DA MÃE (SEGURADO) (Preenchimento obrigatório) | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|---------|--|---|-------------------------------------|
| 4 | SEGURO | DÍG. | DEP. Nº | MOVIMENTAÇÃO | NOS CASOS DE MOVIMENTAÇÃO 15, 37, 55 OU 60 ALTERAR PARA: | USO DA SEGURADORA |
| NOME COMPLETO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | | | | | CPF (Preenchimento obrigatório) (*) |
| R.G. (Preenchimento obrigatório) (*) | | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) | | DATA DE EXPEDIÇÃO (*) | SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU CARTEIRA CIVIL (*) | |
| PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) | | | | ENDEREÇO DO SEGURADO (Preenchimento obrigatório) | | |
| Nº | COMPLEMENTO | BAIRRO | | CIDADE | | UF |
| CEP | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL | | | NOME DA MÃE (SEGURADO) (Preenchimento obrigatório) | | |

As movimentações devem ser protocoladas:

MATRIZ: 17 (dezesete) 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 ao Estipulante, se o caso, requerer o cancelamento da Apólice.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO ESTIPULANTE SOB CARIMBO

(*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA MAIORES DE 18 ANOS

SAC: 0800-727-2762 (informação, reclamação e cancelamento)

0800-727-8736 (atendimento exclusivo para surdos) ou Aceso: www.portoseguro.com.br