



## Ficha de Movimentação

Associação/Sindicato: \_\_\_\_\_ Contratante: \_\_\_\_\_

Tipo de Solicitação:  Inclusão Família  Exclusão Família  Alteração do Tipo de Plano  Alteração dos Dados Cadastrais  
 Inclusão Dependente  Exclusão Dependente  2º Via do Cartão  Reativação Família/Dependentes

Motivo de Exclusão:  Migração  Plano Empresarial  Plano muito caro  Mudança para outra operadora  
 Sem Interesse  Falecimento  Outros: \_\_\_\_\_

Opcionais:  Nossa Saúde Resgate Valor: R\$ \_\_\_\_\_ (Por Pessoa)

## Dados do Associado/Titular

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mas.  Fem.

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone1: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone2: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Operadora anterior: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Plano:  Vida Leve CCP21  Vida Leve CCP31  Acomodação:  Enfermaria  Obstetria:  Sim  Não  
Coparticipação 30% em consultas Coparticipação 30% em consultas e exames

Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

## Dependentes/Aggregados 1

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mas.  Fem.

Grau de Dependencia:  Conjuge  Filho  Outros: \_\_\_\_\_ Operadora anterior: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Plano:  Vida Leve CCP21  Vida Leve CCP31  Acomodação:  Enfermaria  Obstetria:  Sim  Não  
Coparticipação 30% em consultas Coparticipação 30% em consultas e exames

Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

## Dependentes/Aggregados 2

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mas.  Fem.

Grau de Dependencia:  Conjuge  Filho  Outros: \_\_\_\_\_ Operadora anterior: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Plano:  Vida Leve CCP21  Vida Leve CCP31  Acomodação:  Enfermaria  Obstetria:  Sim  Não  
Coparticipação 30% em consultas Coparticipação 30% em consultas e exames

Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

## Dependentes/Aggregados 3

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mas.  Fem.

Grau de Dependencia:  Conjuge  Filho  Outros: \_\_\_\_\_ Operadora anterior: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Plano:  Vida Leve CCP21  Vida Leve CCP31  Acomodação:  Enfermaria  Obstetria:  Sim  Não  
Coparticipação 30% em consultas Coparticipação 30% em consultas e exames

Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

## Dependentes/Agregados 4

Nome: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mas.  Fem.  
Grau de Dependência:  Conjuge  Filho  Outros: \_\_\_\_\_ Operadora anterior: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Plano:  Vida Leve CCP21  Vida Leve CCP31 Acomodação:  Enfermaria  Obstetrícia:  Sim  Não  
Coparticipação 30% em consultas Coparticipação 30% em consultas e exames  
Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

## Dependentes/Agregados 4

Nome: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mas.  Fem.  
Grau de Dependência:  Conjuge  Filho  Outros: \_\_\_\_\_ Operadora anterior: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Plano:  Vida Leve CCP21  Vida Leve CCP31 Acomodação:  Enfermaria  Obstetrícia:  Sim  Não  
Coparticipação 30% em consultas Coparticipação 30% em consultas e exames  
Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_

Total Mensalidade R\$ \_\_\_\_\_

## Formas de Pagamento

Forma de Pagamento:  Boleto  Débito Automático Vencimento todo dia:  05 de cada mês  
Nº do Banco: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_  
Nº Agência: \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_ Nº da Conta Corrente: \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_  
Tipo da conta: \_\_\_\_\_

## Identificação do Vendedor

Nome da Corretora: \_\_\_\_\_ Cód. Corretora: \_\_\_\_\_  
Nome do(a) Vendedor(a): \_\_\_\_\_ Cód. Vendedor(a): \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solicito ter acesso ao meu boleto/demonstrativo de cobrança conforme minha opção escolhida abaixo:

- Retirar no site [www.preverbeneficios.com.br](http://www.preverbeneficios.com.br)
- Receber por e-mail ( obrigatório informar o e-mail nos dados do Associado/Titular);
- Receber no meu celular o código de barras por SMS ( obrigatório o informar o numero de celular com o DDD nos dados do Associado/Titular).

**ATENÇÃO: CASO O ASSOCIADO DEIXE DE PAGAR O BOLETO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS, O PLANO ENTRARÁ EM PROCESSO DE EXCLUSÃO.**

Se o Associado não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente com a Prever Benefícios pelo telefone 041 2105-1365 ou pelo site [www.preverbeneficios.com.br](http://www.preverbeneficios.com.br) -> área do cliente, para que não se sujeite às conseqüências da mora. Para a opção de Débito em Conta entre em contato com o Prever Benefícios.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura Associado/Titular

Assinatura e Carimbo  
Consultor/Operador

Assinatura e Carimbo  
Associação/Sindicato

## Declaração

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da  
Cédula de Identidade RG n.º \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF/MF sob o n.º \_\_\_\_\_

venho por meio desta declaração manifestar expressamente que:

- **Tive acesso, li e compreendi todos os Termos e Cláusulas da Proposta de Adesão que me foi disponibilizada nesta data e que também está disponível no site da Prever Benefícios - [www.preverbeneficios.com.br](http://www.preverbeneficios.com.br), pelo que concordo e aceito a contratação do respectivo Plano de Saúde através da Associação/Sindicado do qual pertença.**
- Até a presente data, não possuo nenhuma pendência financeira de outros Planos de Saúde e/ou Odontológico administrados por qualquer uma das Empresas da Prever Benefícios e, **se porventura, houver pendências financeiras em aberto perante qualquer uma das Empresas da Prever Benefícios, estou ciente que NÃO HAVERÁ ACEITAÇÃO de minha adesão ao novo Plano de Saúde até que todos os débitos sejam regularizados;**
- **Estou ciente quanto à possibilidade de submissão a uma prévia análise de entrevista qualificada, pelo(s) médico(s) indicado(s) pela Nossa Saúde, para início de minha inclusão, assim como de meu(s) dependente(s) / beneficiário(s) no Plano de Saúde contratado junto à Prever Benefícios, e que a Nossa Saúde, a seu exclusivo critério, havendo a necessidade poderá marcar uma entrevista para Complemento de Informação com médico(s) de sua indicação, para esclarecer informações por mim prestadas na declaração de saúde;**
- **Estou ciente também que, somente após a análise final das informações por mim prestadas na declaração de saúde e/ou após a realização do Complemento de Informação ou Análise Técnica, conforme citado acima, a Nossa Saúde terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para fazer a liberação da vigência do meu Plano de Saúde e/ou do(s) meu(s) dependente(s)/beneficiário(s), conforme solicitado abaixo:**

### Preferência temporal de inclusão no Plano de Saúde:

- Com início de vigência programada para o 1º dia do mês subsequente, desde já ciente que, conforme a necessidade de Complemento de Informação, a inclusão neste modelo pode se mostrar inviável, sendo automaticamente enquadrada na alternativa abaixo. Caso o beneficiário queira manter sua inclusão para o 1º dia do mês posterior ao mês subsequente, deverá inserir esta observação no campo "Obs" da Ficha de Movimentação;
- Com início de vigência em até 5 dias úteis, após Complemento de informação realizada pela Nossa saúde (não sendo necessária o Complemento de Informação ou Declaração de Saúde, o mesmo prazo passará a contar da Análise Técnica da Nossa saúde ).
- Liberada a vigência, será gerado o Código da Carteira de Usuário do Plano de Saúde, assim como a carta informando se haverá a necessidade de cumprimento de carência de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIO (CPT) para alguns procedimentos. Tenho ciência também que qualquer solicitação de exclusão, minha ou de meus dependentes, do plano de Saúde, contratado junto à PREVER BENEFÍCIOS, deverá ser feita presencialmente, pelo site ou através de telefone. O cancelamento será imediato a partir da data de ciência da Operadora ou Administradora de Benefícios, onde receberei informações sobre as consequências do cancelamento conforme a Resolução Normativa n° 412.
  - **Declaro ainda, a bem da verdade e para que produza todos os seus efeitos de Direito, que tive acesso aos exemplares impressos/digitais, de forma clara e perfeitamente legível, do MPS (Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde), o qual informa os principais aspectos a serem observados para a contratação de Planos de Saúde e do GLC (Guia de Leitura Contratual), o qual facilita a compreensão de todas as Cláusulas e do conteúdo do Contrato de Plano de Saúde por meio da indicação das referências aos seus tópicos relevantes. Por fim, declaro que recebi a informação de que os exemplares do MPS e GLC, citados acima, também estão disponíveis e poderão ser solicitados diretamente na sede da PREVER BENEFÍCIOS, sito à Avenida Getúlio Vargas, 937, sala 12, Rebouças, Curitiba-PR e/ou poderão ser obtidos através do site da referida Empresa ([www.preverbeneficios.com.br](http://www.preverbeneficios.com.br)).**

Minha opção foi em receber o MPS em:  via digital ([www.preverbeneficios.com.br/download](http://www.preverbeneficios.com.br/download))  material impresso

Minha opção foi em receber o GLC em:  via digital ([www.preverbeneficios.com.br/download](http://www.preverbeneficios.com.br/download))  material impresso

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Titular do Plano