

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- Cancelamento do titular		2 - Cancelamento de dependente 3 - Alteração de titular		4 - Alteração de dependente 5 - 2ª via de cartão		Certificado			

1- Dados do titular (somente preencher caso alteração / cancelamento do titular)

Matrícula Funcional		Nome											
Preencher somente os dados a serem alterados		CNS (Carteira Nacional de Saúde):				DNV (Declaração de Nascido Vivo):				RIC (Registro de Identificação Civil):			
		Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino	Data de nascimento	Estado Civil	1 - Solteiro 2 - Casado	3 - Viúvo 4 - Outros	CPF	PIS	Cargo / Ocupação		Data de Admissão	
Nome da Mãe				Nova subfatura		Data (Cancelamento ou Alteração)		Motivo	Motivo do Cancelamento: 1 - Desistência 2 - Demissão s/ justa causa 3 - Aposentadoria 4 - Falecimento 5 - Duplicidade 6 - Portabilidade 8 - Demissão c/ justa causa 9 - Outros				

2- Dados do cancelamento (somente preencher em caso de Demissão SEM Justa Causa / Aposentadoria do Titular)

Titular contribuiu ¹ para o pagamento do prêmio? <input type="checkbox"/> Sim * <input type="checkbox"/> Não		Caso positivo, por quanto tempo: Meses	
Quanto à manutenção no plano oferecido no momento do desligamento ao Titular que contribuiu para o pagamento do prêmio: <input type="checkbox"/> Aceitou <input type="checkbox"/> Recusou			

Assinatura do Segurado Titular:

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 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.

***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).**

3- Endereço residencial do titular (para correspondência)

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc) nº e complemento (andar, sala, apto,etc)					Bairro		UF		
Cidade			CEP		Telefone (com DDD)				

4- Dados do plano

Código do plano:		Código da região:		Nome da região:		Data da alteração	
------------------	--	-------------------	--	-----------------	--	-------------------	--

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 : 1- Masculino 2- Feminino	Estado Civil: 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Outros	Parentesco: 1- Cônjuge 2- Filho(a) 3- Mãe 4- Pai 5-Sogro 6-Sogra 7- Tutelado 8- Outros	Motivo do Cancelamento: 1 – Desistência 6 – Portabilidade 4 – Falecimento 5 – Duplicidade
---	--	---------------------------------------	--	--	---

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):
-----------------------------------	-----------------------------------	--

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 (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