

### FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

<input type="checkbox"/> inscrição de titular	<input type="checkbox"/> exclusão de titular *regra 12 meses*
<input type="checkbox"/> inscrição de dependente	<input type="checkbox"/> exclusão de dependente *regra 12 meses*
<input type="checkbox"/> emissão de 2ª via – cartão titular	<input type="checkbox"/> alteração de dados (obrigatório dados do titular)
<input type="checkbox"/> emissão de 2ª via – cartão dependente	<input type="checkbox"/> desejo manter minha condição de segurado **RN nº 279 - ANS**

<b>Nome do titular</b>	
Nome da Mãe	Cidade p/ atend.
Matrícula	Número do SUS
Ramal	Telefone
E-mail	Estado Civil

<b>Nome do Dependente</b>	
Número do SUS	Parentesco
Cidade p/ atend.	Estado Civil

<b>Nome do Dependente</b>	
Número do SUS	Parentesco
Cidade p/ atend.	Estado Civil

<b>Nome do Dependente</b>	
Número do SUS	Parentesco
Cidade p/ atend.	Estado Civil

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO

<input type="checkbox"/> comprovante de pagamento	<input type="checkbox"/> dados apagados
<input type="checkbox"/> perda <input type="checkbox"/> roubo <input type="checkbox"/> quebra	<input type="checkbox"/> B.O. (anexar cópia)

\* Estou ciente de que a exclusão do titular ou dependente antes de completados 12 meses de sua inclusão, acarretará em cobrança de multa pecuniária de 50% das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado, a ser descontada em parcela única em folha de pagamento, **exceto** demissão e/ou falecimento do dependente. (05/07/2018)

\*\* Estou ciente de que tenho direito de manutenção da condição de beneficiário conforme Resolução Normativa nº 279 ANS, de 24 de novembro de 2011. (05/07/2018)

Recebido no GGBS em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome do Atendente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

Unidade/ Ramal: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_