

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente

Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.			CNPJ/MF 92.693.118/0001-60	Registro na ANS 005711
Operadora Ondoprev S.A			CNPJ/MF 58.119.199/0001-51	Registro na ANS 30194-9
Cia	Apólice	Subfatura	Nome da empresa/subestipulante	

Tipo de Movimentação

- ☐ 1 - Cancelamento do titular ☐ 2 - Cancelamento de dependente ☐ 3 - Alteração de titular
☐ 4 - Alteração de dependente ☐ 5 - Inclusão de dependente

Certificado

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

Matrícula Funcional	Nome Lorrainy Mendes Martins Gonçalves		
Preencher somente os dados a serem alterados	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	
RIC (Registro de Identificação Civil)	Sexo Feminino	Data de nascimento 10/09/1988	Estado Civil Casada
CPF/MF 018.665.191-07	PIS 203.74382.54-3	Cargo/Ocupação Analista de Assuntos Regulatórios PL	Data de Admissão 27/08/2018
Nome da Mãe Maria Berenice Mendes Martins			
Nova Subfatura		Data (Cancelamento ou Alteração)	

Motivo do Cancelamento

- ☐ 1 - Desistência ☒ 2 - Demissão s/justa causa ☐ 3 - Aposentadoria ☐ 4 - Falecimento
☐ 5 - Duplicidade ☐ 6 - A pedido do titular ☐ 7 - Demissão ☐ 8 - Portabilidade

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

Titular contribuiu ¹ para o pagamento do prêmio? ☐ Sim * ☐ 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: ☒ Aceitou ☐ 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/aposentadoria, 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) Rua 06 s/n Residencial Villa Rica Premium Casa 09			Número S/n	Complemento	
Bairro Chácara São Pedro	Cidade Aparecida de Goiânia	UF GO	CEP 74.923-060	DDD 62	Telefone 98213-2677

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente**4 - Dados do Plano**

Código do Plano	Código da Região	Nome da Região	Data da Alteração
-----------------	------------------	----------------	-------------------

5 - Dados Bancários (somente preencher em caso de alteração)

Nome do Banco	Número do Banco	Agência	Dig	Conta-Corrente	Dig
---------------	-----------------	---------	-----	----------------	-----

6 - Dependentes

Favor preencher os devidos campos com os códigos informados ao lado

01	Certificado	Código	Nome
			Jefferson Neves Gonçalves
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil
059.094.517-31	03/09/1987	Masculino	Casado

Parentesco

☒ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

Nome da Mãe

Raquel do Amaral Neves Gonçalves

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento
	☐ 1 - Desistência ☐ 2 - Falecimento
	☐ 3 - Duplicidade ☐ 4 - A pedido do titular

CNS (Carteira Nacional de Saúde) DNV (Declaração de Nascido Vivo) RIC (Registro de Identificação Civil)

02	Certificado	Código	Nome
			Dom Martins Gonçalves
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil
122.415.511-59	25/08/2024	Masculino	Solteiro

Parentesco

☐ 1 - Cônjuge ☒ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

Nome da Mãe

Lorrainy Mendes Martins Gonçalves

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento
	☐ 1 - Desistência ☐ 2 - Falecimento
	☐ 3 - Duplicidade ☐ 4 - A pedido do titular

CNS (Carteira Nacional de Saúde) DNV (Declaração de Nascido Vivo) RIC (Registro de Identificação Civil)

03	Certificado	Código	Nome
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil

Parentesco

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento
	☐ 1 - Desistência ☐ 2 - Falecimento
	☐ 3 - Duplicidade ☐ 4 - A pedido do titular

CNS (Carteira Nacional de Saúde) DNV (Declaração de Nascido Vivo) RIC (Registro de Identificação Civil)

Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente

Dependentes - Continuação

04	Certificado	Código	Nome	
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	

Parentesco

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento	
	☐ 1 - Desistência ☐ 2 - Falecimento	☐ 3 - Duplicidade ☐ 4 - A pedido do titular
CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)

05	Certificado	Código	Nome	
CPF/MF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	

Parentesco

☐ 1 - Cônjuge ☐ 2 - Filho(a) ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Pai ☐ 5 - Sogro (a) ☐ 6 - Tutelado (a) ☐ 7 - Outros

Nome da Mãe

Data de inclusão ou alteração ou cancelamento	Motivo do Cancelamento	
	☐ 1 - Desistência ☐ 2 - Falecimento	☐ 3 - Duplicidade ☐ 4 - A pedido do titular
CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)

Informação Importante

Ao beneficiário cancelado é assegurado o direito ao exercício de portabilidade de carências em até 60 dias da extinção do vínculo, na forma prevista na Resolução Normativa - RN nº 438/2018, da ANS.

Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário e autorizo o seu processamento no sistema da Bradesco Saúde.

Assinatura do Estipulante sob carimbo

Fone Fácil Bradesco Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022 Demais Localidades: 0800 570 0022 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	SAC - Alô Bradesco: 0800 704 8383 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
--	---

Ouvidoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,
contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.