



# Formulário de Associação, Exclusão e Alteração Cadastral

01 - Tipo de Movimentação						
Natureza da Movimentação <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão <input type="checkbox"/> Alteração Cadastral		Detalhamento da Movimentação <input type="checkbox"/> Alteração de Endereço <input type="checkbox"/> Grupo Familiar <input type="checkbox"/> Agregado		<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Alteração de Plano	<input type="checkbox"/> Ideal <input type="checkbox"/> Nacional Top <input type="checkbox"/> Nacional Plus	
					Data de Início da Vigência	
02 - Dados do Associado						
Nome			CPF	Sexo	Data de Nascimento	
Patrocinadora <input type="checkbox"/> CEDAE <input type="checkbox"/> CEDAE SAÚDE <input type="checkbox"/> PRECE		Natureza do Vínculo com Patrocinador <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista		Data de Admissão	Término do Vínculo	
Motivo						
Nacionalidade		Nome da Mãe				
02.1 - Dados Complementares do Titular						
Motivo do Cancelamento		Est. Civil	Local de Trabalho	Número do Computador		
Email:				Telefone Celular		
02.2 - Endereço do Titular						
Endereço completo do Titular					Novo Endereço? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Bairro		Cidade	CEP	UF		
02.3 - Dados Bancários						
Banco		Agência	Conta Corrente	Novo Dado Bancário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
04 - Grupo Familiar						
01	Nome do Dependente			CPF	Sexo	Data de Nascimento
	Telefone Celular		Nacionalidade	Nome da Mãe		
	Motivo do Cancelamento		Estado Civil	Vínculo com Titular	Data do Vínculo	Movimentação <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
	Endereço completo do Dependente					Endereço diferente do titular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Bairro		Cidade	CEP	UF	
02	Nome do Dependente			CPF	Sexo	Data de Nascimento
	Telefone Celular		Nacionalidade	Nome da Mãe		
	Motivo do Cancelamento		Estado Civil	Vínculo com Titular	Data do Vínculo	Movimentação <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
	Endereço completo do Dependente					Endereço diferente do titular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Bairro		Cidade	CEP	UF	
05 - Assinatura Titular						
Titular				Data		

# Formulário de Associação, Exclusão e Alteração Cadastral

04 - Grupo Familiar					
Nome do Dependente		CPF	Sexo	Data de Nascimento	
Telefone Celular	Nacionalidade	Nome da Mãe			
03	Motivo do Cancelamento	Estado Civil	Vínculo com Titular	Data do Vínculo	Movimentação <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
	Endereço completo do Dependente				Endereço diferente dotitular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Bairro	Cidade	CEP	UF		
04					
Nome do Dependente		CPF	Sexo	Data de Nascimento	
Telefone Celular	Nacionalidade	Nome da Mãe			
04	Motivo do Cancelamento	Estado Civil	Vínculo com Titular	Data do Vínculo	Movimentação <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
	Endereço completo do Dependente				Endereço diferente dotitular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Bairro	Cidade	CEP	UF		

Nos termos do Estatuto da CEDAE SAÚDE e do seu REGIMENTO INTERNO, autorizo expressamente a CEDAE SAÚDE a coletar, utilizar, armazenar e tratar meus dados pessoais e dos meus dependentes, conforme definido na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD), para as finalidades específicas e realização de análises estatísticas, desenvolvimento e personalização de novos benefícios, realização de pesquisas de mercado, realização de campanhas de marketing e realização contato para divulgação e oferta de benefícios e demais ações inerentes a sua finalidade.

Após o Associado Beneficiário solicitar o cancelamento, não será possível sua desistência. Eventual retorno ao plano se dará mediante nova adesão, sujeita às regras vigentes, inclusive carências contratuais e exigências cadastrais.

Caso a solicitação de cancelamento ocorra após o dia 04 (quatro) do mês, o plano ficará ativo até o último dia do mês subsequente ao da solicitação, sendo o valor do plano devido normalmente - exceto em caso de óbito (cujos efeitos do cancelamento serão considerados a partir da data do óbito, desde que informado em até 60 dias do falecimento).

05 - Assinatura Titular		Data
Associado		
07 - Aprovação		Data
Representante CEDAE SAÚDE		
08 - Observações		