



CANCELAMENTO DO PLANO UNIMED

COD UNIMED _____

PENSIONISTA: SIM NÃO

MATRICULA SIAPE: _____

SIAPE do Instituidor (pensionista): _____

OBSERVAÇÃO: _____

DADOS SERVIDOR:

NOME :

Data Nasc. _____ Sexo _____ Estado Civil _____ DT Admissão _____ Campus _____

Endereço _____ N.º _____ Compl. _____

Bairro _____ Cidade _____ CEP _____

CPF _____ CNS SUS _____

RG _____ Órgão Exp. _____ Data Exp. _____

Nome da Mãe _____

E-mail _____ Telefones Cel. _____ Res. _____

TIPO DE PLANO

50800 - BASICO I - 470617140 - UNIMED MAIS - ENF (CIAS)	50804 - INTERMEDIARIO - 466183124 - MUNICIPAL - APTO - REDE ABERTA
50801 - BASICO I (CO-PART) - 470618148 - UNIMED MAIS - ENF - (CIAS)	50805 - INTERMEDIARIO (CO-PART) - 463328108 - MUNICIPAL - APTO - REDE ABERTA
50802 - BASICO II - 403752999 - MUNICIPAL - ENF - REDE ABERTA	50806 - SUPERIOR - 403739991 - NACIONAL - APTO - REDE ABERTA
50803 - BASICO II (CO-PART) - 463327100 - MUNICIPAL - ENF - REDE ABERTA	50807 - SUPERIOR (CO-PART) - 465551116 - NACIONAL - APTO - REDE ABERTA

OPCIONAIS

VIDA - SEGURO DE VIDA * Titular com idade inferior a 65 anos	PEA - BENEFÍCIO FAMILIA * Titular / Cônjuge / Filhos com idade inferior a 24 anos	AMBULÂNCIA - SOS UNIMED LAR	TRANSP. AEROMÉDICO
---	--	-----------------------------	--------------------

DADOS DE DEPENDENTES OU AGREGADOS

DEPENDENTE:

Nome da Mãe _____

Data Nasc. _____ Grau de Parentesco _____

RG _____ Órgão Exp. _____ Data Exp. _____

CPF _____ CNS (SUS) _____

DEPENDENTE:

Nome da Mãe _____

Data Nasc. _____ Grau de Parentesco _____

RG _____ Órgão Exp. _____ Data Exp. _____

CPF _____ CNS (SUS) _____

Uberlândia, _____ de _____ de _____ Assinatura do Titular: _____