



CANCELAMENTO DO PLANO UNIMED

COD UNIMED

PENSIONISTA: SIM NÃO

MATRÍCULA 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 - BÁSICO I - 470617140 - UNIMED MAIS - ENF (CIAS)	50804 - INTERMEDIARIO - 466183124 - MUNICIPAL - APTO - REDE ABERTA
50801 - BÁSICO I (CO-PART) - 470618148 - UNIMED MAIS - ENF - (CIAS)	50805 - INTERMEDIARIO (CO-PART) - 463328108 - MUNICIPAL - APTO - REDE ABERTA
50802 - BÁSICO II - 403752999 - MUNICIPAL - ENF - REDE ABERTA	50806 - SUPERIOR - 403739991 - NACIONAL - APTO - REDE ABERTA
50803 - BÁSICO 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 / Cônjugue / 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.
CPF	CNS (SUS)

DEPENDENTE:

Nome da Mãe	
Data Nasc.	Grau de Parentesco
RG	Órgão Exp.
CPF	CNS (SUS)

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