



PLANO UNIMED

☐ INCLUSÃO DE DEPENDENTES

☐ EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

Motivo:

COD CONTRATO

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:

