



## 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

30300 - BASICO I - 470617140 - UNIMED MAIS ENF (CIAS)	30304 INTERMEDIÁRIO 466183124 - MUNICIPAL APTO REDE ABERTA
30301 - BASICO I (CO-PART) - 470618148 - UNIMED MAIS PARTICIPATIVO ENF	30305 INTERMEDIÁRIO (CO-PART) 463328108 - MUNICIPAL APTO REDE ABERTA
30302 BASICO II 403752999 - MUNICIPAL ENF REDE ABERTA	30306 SUPERIOR 403739991 - NACIONAL APTO REDE ABERTA
30303 BASICO II 463327100 (CO-PART) - MUNICIPAL ENF REDE ABERTA	30307 SUPERIOR 465551116 - (CO-PART) - 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: \_\_\_\_\_