



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

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

OPCIONAIS

VIDA - SEGURO DE VIDA <small>* Titular com idade inferior a 65 anos</small>	PEA - BENEFÍCIO FAMILIA <small>* Titular / Cônjugue / Filhos com idade inferior a 24 anos</small>	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: _____