



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

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 _____
Av. Mato Grosso, 3.370 - Bloco 4 E (antiga creche), Sala 09 - Campus Umuarama - 38405.314 - Uberlândia -
MG Fone - (0xx34) 3225-8082 / 8074 - saudesuplementar@dirqs.ufu.br

Assinatura do Titular:



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - nº 384577

