

SEGUROS UNIMED – movimentação cadastral – INCLUSÃO/ALTERAÇÃO DE DADOS DE AGREGADOS

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Atualização de Dados Cadastrais	<input type="checkbox"/> Titular e agregados <input type="checkbox"/> Agregados apenas	Vigência: 01 / ___ / ____ * (preenchimento obrigatório)	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> QUARTO INDIVIDUAL (BÁSICO 2) <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> EXECUTIVO
---	---	---	---

* Movimentações com efeito financeiro somente podem ser feitas com vigência para o dia 1º de cada mês (não há pro rata), sendo necessário que tais solicitações cheguem à Seção de Benefícios até o dia 15 para que tenha vigência a partir do 1º dia do mês subsequente.

* Caso altere seu tipo de plano para categoria hierarquicamente acima (Ex.: ENFERMARIA para QUARTO INDIVIDUAL (BÁSICO 2), SUPERIOR ou EXECUTIVO; QUARTO INDIVIDUAL (BÁSICO 2) para SUPERIOR ou EXECUTIVO; SUPERIOR para EXECUTIVO), e haja internação clínica ou cirúrgica, será necessário permanecer por 12 (doze) meses após alta hospitalar antes de retornar à categoria anterior. Todo o grupo familiar deverá pertencer ao mesmo tipo de plano.

Nome do **Titular**: _____ Matrícula: _____
 Lotação: _____ Telefone: _____
 Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Estado Civil: _____ Data do exercício: ___ / ___ / ____
 Nº do CPF: _____ Nº da CNS: _____ (<https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/>)
 Nº de identidade: _____ Órgão expedidor: _____ Data da expedição: ___ / ___ / ____
 Nome da mãe: _____

Obs: 1- O preenchimento do CPF é obrigatório, seja do próprio ou do responsável legal. Em sua ausência, deverá ser informado o nº do PIS/PASEP. Se estrangeiro, número do passaporte ou carteira civil;

Filho **Enteado** **Neto** **Irmão** (até 43 anos): _____
 Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ____ CPF: _____
 Nº de identidade: _____ Órgão expedidor: _____ Data da expedição: ___ / ___ / ____
 Nº da CNS: _____ Se estrangeiro(a), nº do passaporte () ou carteira civil (): _____
 Nome da mãe: _____

Mãe: _____
 Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ____ CPF: _____
 Nº de identidade: _____ Órgão expedidor: _____ Data da expedição: ___ / ___ / ____
 Nº da CNS: _____ Se estrangeiro(a), nº do passaporte () ou carteira civil (): _____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

Pai: _____
 Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ____ CPF: _____
 Nº de identidade: _____ Órgão expedidor: _____ Data da expedição: ___ / ___ / ____
 Nº da CNS: _____ Se estrangeiro(a), nº do passaporte () ou carteira civil (): _____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

Sobrinho / **Tio** (consanguíneo até 43 anos):
 _____ 4
 Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ____ CPF: _____
 Nº de identidade: _____ Órgão expedidor: _____ Data da expedição: ___ / ___ / ____
 Nº da CNS: _____ Se estrangeiro(a), nº do passaporte () ou carteira civil (): _____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____
 Nome da mãe do titular do plano: _____
 Nome do pai do titular do plano: _____

Ass. Titular: _____ em ___ / ___ / ____