

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

**Isonção de Carência:** entrega da documentação **em até 20 DIAS contados do EVENTO** – posse (titular sozinho ou com dependentes), casamento, nascimento, deferimento em Processo do TRF-2 (dependentes)

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Atualização de Dados Cadastrais	<input type="checkbox"/> Titular apenas <input type="checkbox"/> Dependente apenas <input type="checkbox"/> Titular e dependentes	Vigência: ___ / ___ / ___ * <b>(preenchimento obrigatório)</b>	<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 chequem à SEBEN/SGP até o dia 20 para que tenha vigência a partir do 1º dia do mês subsequente.

\* Caso altere seu tipo de plano para categoria hierarquicamente acima (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 de identidade: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe do titular: \_\_\_\_\_

**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;  
 2- Caso opte pela alteração de **plano**, todos os **dependentes diretos** serão **também nele cadastrados**.

**Estou ciente de que eu e meus dependentes não podemos receber auxílio semelhante e nem participar de outro programa de assistência à saúde, custeado pelos cofres públicos, ainda que em parte.**

<b>Dependentes Diretos</b>	<b>Cônjuge/Companheiro(a):</b> _____
	Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ CPF: _____
	Estado Civil: _____ Nº de identidade: _____
	Se estrangeiro(a), nº do passaporte ( ) ou carteira civil ( ): _____
	Nome da mãe do dependente: _____
	<b>Dependente 1:</b> _____
	Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ CPF: _____
	Parentesco: ( ) filho menor de 18 anos; ( ) filho entre 18 e 24 anos; ( ) enteado; ( ) menor sob guarda; ( ) filho maior inválido; ( ) outros: _____
	Nº de identidade: _____ Se filho menor de 1 ano de idade, nº de nascido vivo: _____
	Nome da mãe do dependente: _____
<b>Dependente 2:</b> _____	
Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ CPF: _____	
Parentesco: ( ) filho menor de 18 anos; ( ) filho entre 18 e 24 anos; ( ) enteado; ( ) menor sob guarda; ( ) filho maior inválido; ( ) outros: _____	
Nº de identidade: _____ Se filho menor de 1 ano de idade, nº de nascido vivo: _____	
Nome da mãe do dependente: _____	
<b>Dependente 3:</b> _____	
Data do evento: ___ / ___ / ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ CPF: _____	
Parentesco: ( ) filho menor de 18 anos; ( ) filho entre 18 e 24 anos; ( ) enteado; ( ) menor sob guarda; ( ) filho maior inválido; ( ) outros: _____	
Nº de identidade: _____ Se filho menor de 1 ano de idade, nº de nascido vivo: _____	
Nome da mãe do dependente: _____	

**Ass. Titular:** \_\_\_\_\_ em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_