

REQUERIMENTO

Inclusão ou cancelamento do Plano da Unimed

Eu, _____ MATRÍCULA: _____

C.P.F.: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ LOCAL DE TRABALHO: _____

TELEFONES: _____, servidor (a) da PMOP, solicito a minha inclusão, exclusão e/ou cancelamento e de meus dependentes, ao Plano de Saúde Unimed junto à Prefeitura Municipal de Ouro Preto.

Solicitação:

Inclusão no plano da Unimed

Cancelamento do plano

Inclusão de dependentes

Exclusão de dependentes

Discriminar abaixo o nome completo e a data de nascimento dos dependentes, conforme a solicitação acima:

OBSERVAÇÕES: para solicitações que resultem em resposta documentada da S.R.H, o prazo previsto é de até 15(quinze) dias úteis para entrega do documento ao requerente.

Ouro Preto, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)