

Câmara de Vereadores de Ouro Preto

CUIDANDO DO NOSSO MAIOR PATRIMÔNIO: AS PESSOAS



REQUERIMENTO DE INCLUSÃO OU CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Eu, _____, CPF: _____,

CI: _____, servidor(a) da Câmara Municipal de Ouro Preto, solicito a minha inclusão, exclusão e/ou cancelamento e de meus dependentes, ao Plano de Saúde UNIMED junto à Câmara Municipal de Ouro Preto, nos termos do artigo 3º da Resolução 38/2011, de 15 de dezembro de 2011.

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:

Nome	Data de Nascimento

Ouro Preto, _____ de _____ de _____.

(assinatura do servidor)

