

## Solicitação de Inclusão/Exclusão – UNIMED

Nome do Titular		Matricula
Endereço:		Número: Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefones: ( )	Email: Órgão de lotação:	

Marque a opção desejada:

Inclusão de titular            ( ) Sim            Inclusão de dependente            ( ) Sim  
Exclusão de titular            ( ) Sim            Exclusão de dependente            ( ) Sim

Nome dos dependentes a serem incluídos e/ou excluídos	Parentesco

**Marque um “X” na Unimed que deverá ser processada a inclusão e/ou exclusão**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| ( ) Além Paraíba   | ( ) Governador Valadares           |
| ( ) Araxá  | ( ) Intrafederativa                |
| ( ) Barbacena  | ( ) Itabira                        |
| ( ) Caratinga  | ( ) João Monlevade**               |
| <b>Curvelo *( para inclusão ver informações no campo do quadro abaixo)</b> | ( ) Norte de Minas (Montes Claros) |
| ( ) Conselheiro Lafaiete   | ( ) Noroeste de Minas ( Paracatu)  |
| ( ) Divinópolis  | ( ) Três Vales                     |
| ( ) Frutal   | ( ) Ubá                            |
|  | ( ) Vale do Aço                    |

Observações Importantes:

**Para inclusão na Unimed Curvelo** deverá ser preenchido a ficha de inclusão específica da Unimed, não sendo possível realizar a inclusão somente com este termo.  
Anexar à ficha cópia de identidade e CPF, certidão de casamento, certidão de nascimento e comprovante de residência.

**Para inclusão na Unimed João Monlevade** deverá ser anexado a esta solicitação cópia de identidade e CPF, certidão de casamento, certidão de nascimento e comprovante de residência.

Assinatura do titular: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE**

Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG

Fones: (31) 3298-5800 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br