SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO - UNIMED

Copass Saúde

Nome do Titular			**Matricula**
Endereço:		**N.º:**	**Comp.:**
Bairro:	**Cidade:**	**CEP:**	
Telefones:	**Email:** **Órgão de lotação:**		

Marque a opção desejada:

Inclusão de titular ( ) Sim

Exclusão de titular ( ) Sim

Inclusão de dependente ( ) 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
( ) Araxá
( ) Barbacena
( ) Leopoldina
( ) Caratinga
( ) **Curvelo ***

( ) Conselheiro Lafaiete
( ) Divinopolis
( ) Frutal

( ) Governador Valadares
( ) Intrafederativa
( ) Itabira
( ) Norte de Minas
( ) Montes Claros
( ) Noroeste de Minas
( ) Paracatu
( ) Três Vales
( ) Ubá
( ) Vale do Aço

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 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br