ANAJUSTRA Federal
Operadora: Unimed Curitiba
INCLUSÃO DE DEPENDENTE

À ANAJUSTRA Federal:

Nome Servidor (a):_____
Matrícula do Servidor (a)_____Lotação de Trabalho:_____
Data de exercício: ___/___/_____ Cargo: _____
CPF:_____
E-mail:_____ Telefone p/ contato: _____

Solicito **inclusão** de meu (s) dependente (s) no Plano de Saúde, declarando, para tanto, estar ciente e de acordo com o disposto no contrato nº 066/2002 e contrato 107340/2018, celebrado com a UNIMED CURITIBA – Sociedade Cooperativa de Médicos, autorizando, ainda, a consignação em folha de pagamento das despesas correspondentes à participação de meu (s) dependente (s) no plano escolhido.

a) Nome: _____
CPF: _____ Profissão:_____
Data Nascimento:____/____/_____ Escolaridade:_____
RG:_____ Data expedição: ____/____/_____ Órg Emissor:_____
Estado Civil:_____ Nacionalidade: _____
Data Casamento/ União.Estável: ___/___/_____
Grau de dependência: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço:_____
Bairro:_____Cidade:_____UF:___CEP:_____
Código novo plano/ Descrição: _____
Valor do plano (consultar tabela vigente): R$ _____

Isenção de carência:
☐ Não
☐ Isenção pela Data de exercício do titular
☐ Isenção pela Data de nascimento
☐ Isenção pela Data de casamento/ União Estável
☐ Isenção pela Declaração de Permanência de outra Operadora
☐ Isenção pelo cartão de outro contrato Operadora Unimed Curitiba

Início da vigência do plano:
☐ 24 a 48 horas
☐ 1º dia do mês subsequente

b) Nome: _____
CPF: _____ Profissão:_____
Data Nascimento:____/____/_____ Escolaridade:_____
RG:_____ Data expedição: ____/____/_____ Órg Emissor:_____
Estado Civil:_____ Nacionalidade: _____
Data Casamento/ União.Estável: ___/___/_____
Grau de dependência: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço:_____
Bairro:_____Cidade:_____UF:___CEP:_____
Código novo plano/ Descrição: _____
Valor do plano (consultar tabela vigente): R$ _____

Isenção de carência:
☐ Não
☐ Isenção pela Data de exercício do titular
☐ Isenção pela Data de nascimento
☐ Isenção pela Data de casamento/ União Estável
☐ Isenção pela Declaração de Permanência de outra Operadora
☐ Isenção pelo cartão de outro contrato Operadora Unimed Curitiba

Início da vigência do plano:
☐ 24 à 48 horas
☐ 1º dia do mês subsequente

_____ _____

Local e data **Assinatura do Servidor**

Descrição/ Planos - Cobertura: NACIONAL
807 – AMBULATORIAL (Registro ANS Nº 429508001)
808 – AMBULATORIAL HOSPITALAR ENFERMARIA + OBSTETRÍCIA (Registro ANS Nº 429510002)
809 - AMBULATORIAL HOSPITALAR ENFERMARIA (Registro ANS Nº 429509009)
810 - AMBULATORIAL HOSPITALAR APARTAMENTO + OBSTETRÍCIA (Registro ANS Nº 429512009)
811 - AMBULATORIAL HOSPITALAR APARTAMENTO (Registro ANS Nº 429511001)