ANAJUSTRA FEDERAL
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DO JUDICIÁRIO FEDERAL

ANAJUSTRA Federal
Operadora: Unimed Curitiba

ALTERAÇÃO DE PLANO - 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 **alteração** do plano de cobertura de meu dependente, abaixo relacionado, declarando, para tanto, estar ciente e de pleno acordo com o disposto no contrato nº 066/2002 e 107340/2018, celebrado com a UNIMED CURITIBA – Sociedade Cooperativa de Médicos, em especial quanto ao prazo para alteração e efeitos financeiros, ou seja, os requerimentos recebidos pela **ANAJUSTRA até o dia 20 (vinte) do mês em curso serão processados para o 1º (primeiro) dia do mês subsequente, autorizando, ainda, a consignação em folha de pagamento das despesas correspondentes à participação de meu dependente no plano escolhido.**

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$ _____

_____ _____

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)