

VALORES DE MENSALIDADE

Apartamento	Idades	Valor	Módulos Opcionais	Módulo	Valor
	0 - 17	R\$ 311,55		Aero médico	R\$ 1,01
	18 - 29	R\$ 458,47		Rede Dental	R\$ 15,60
	30 - 39	R\$ 561,99		Odonto Prev	R\$ 15,60
	40 - 49	R\$ 653,33			
	50 - 59	R\$ 790,98			
	60 - 69	R\$ 1.191,40			
Acima de 70	R\$ 1.523,10				

A Associação Municipal de Assistência Social - AMAS, subsidiará 50% do valor da mensalidade do plano médico para o TITULAR.

DADOS PESSOAIS

Nome completo (sem abreviações): _____ Matrícula: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CONTATO

Telefone: _____ Ramal: _____ Celular: _____ E-mail: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Convênio: _____ Data da admissão: _____

MÓDULOS OPCIONAIS

Aeromédico: Rede Dental: Odonto Prev :

DADOS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Dependente 1 (sem abreviações): _____ Parentesco: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

Aero médico: Rede Dental: Odonto Prev :

Dependente 2 (sem abreviações): _____ Parentesco: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

Aeromédico: Rede Dental: Odonto Prev :

Dependente 3 (sem abreviações): _____ Parentesco: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

Aeromédico: Rede Dental: Odonto Prev :

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

- Autorizo o desconto do valor equivalente a 50%;
- Autorizo o desconto integral do valor da mensalidade para o(s) meu(s) dependente(s).

OBS: A RETIRADA DA CARTEIRINHA SERÁ NO RH-AMAS DE RESPONSABILIDADE DO FUNCIONÁRIO

Local /Data: _____ Assinatura: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO

Títular: cópia da identidade, CPF, comprovante de residência. **Obs.:** se o funcionário estiver migrando de outro plano da Unimed-BH é necessária a CÓPIA do Termo de Permanência de Carência.

Dependente: cópia da identidade, CPF. **Obs.:** cópia da certidão de nascimento caso não tenha identidade. Cópia do Termo de Permanência de Carência, se estiver migrando de outro Plano da Unimed-BH.