

**SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE PLANO**

**DADOS DO TITULAR (Preenchimento Obrigatório)**

Nome Completo:

Nascimento:

CPF:

Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde):

E-mail:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Tel. Celular:

**NOVA OPÇÃO DE PLANO**

**(Marque com um "X" uma das opções abaixo)**

Nome do Plano (consta na tabela de mensalidades)	Acomodação	Abrangência	Especificações
	( ) Ambulatorial	( ) Estadual	( ) SEM Mãe de Deus e Moinhos de Vento
	( ) Coletivo	( ) Nacional	( ) COM Mãe de Deus e Moinhos de Vento
	( ) Individual		

**ORIENTAÇÕES**

- A alteração de plano será realizada para todo o grupo familiar.
- A alteração de acomodação coletiva para individual acarretará no cumprimento de carências para a nova acomodação, permanecendo a cobertura da acomodação anterior até o cumprimento das carências da acomodação individual.
- Para fins de alteração de plano, o período de movimentação cadastral encerra-se no dia 20 do mês corrente sendo efetivada a alteração no 1º dia do mês subsequente. A partir do dia 21 do mês corrente a alteração será efetivada no 1º dia do segundo mês subsequente.
- Encaminhar cópia de documento legal digitalizado (RG ou CNH) do titular junto a este formulário para o e-mail: [adesao@unimedrs.coop.br](mailto:adesao@unimedrs.coop.br)
- Os cartões serão enviados para o endereço do titular ou responsável financeiro e o prazo de envio é de 15 dias úteis a partir da data da movimentação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

LOCAL E DATA DE ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular