

Versão/Revisão: 02

Data:

FORMULÁRIO

****** Campo que deve ser preenchido pela empresa.

****** EMPRESA: **CDL CAMARA DIRIGENTES LOJISTAS DE UDIA**

****** Lotação Nº/Nome:

****** BENEFICIARIO TITULAR:

ENCAMINHAMENTO/AUTORIZAÇÃO PARA O(S) BENEFICIÁRIO(S) ABAIXO RESPONDER A
DECLARAÇÃO DE SAÚDE

****** NOME:

****** GRAU DE PARENTESCO:

****** DATA DE NASCIMENTO:

****** NOME DA MÃE:

****** NOME:

****** GRAU DE PARENTESCO:

****** DATA DE NASCIMENTO:

****** NOME DA MÃE:

****** NOME:

****** GRAU DE PARENTESCO:

****** DATA DE NASCIMENTO:

****** NOME DA MÃE:

****** NOME:

****** GRAU DE PARENTESCO:

****** DATA DE NASCIMENTO:

****** NOME DA MÃE:

O titular deverá responder pelos seus dependentes não necessitando da presença dos mesmos (filho (a), esposo (a) etc...). No caso de criança de 0 a 10 anos, é necessário trazer um relatório médico do pediatra, alegando seu estado de saúde, constando no relatório se a criança possui ou não, má formação congênita ou doença crônica.

Horários de Segunda a Sexta-Feira das 8h às 12h / 14h às 17h.

Av: João Pinheiro, nº 907 - Centro

Você é cliente Unimed ? Sim Não

Observações: Descrição do plano, número do cartão e tempo de plano.

Carimbo Médico/Assinatura
Unimed Uberlândia

Data: ____/____/____

19.460.807/0001-35
Câmara de Dirigentes
Lojistas de Uberlândia
Av. Belo Horizonte nº 1294
B. Osvaldo Rezende - Cep 38400-454
UBERLÂNDIA - MINAS GERAIS

