Universidade Estadual de Campinas
cnpj 46.068.425/0001-33

( ) 1 – Inscrição de Dependente	( ) 5 – Emissão de 2ª via do Cartão Titular
( ) 2 – Exclusão de Dependente	( ) 6 – Emissão de 2ª via do Cartão Dependente
( ) 3 – Exclusão de Titular	( ) 7 – Alteração de Acomodação P/Coletivo
( ) 4 – Alteração de Dados Originais	( ) 8 – Alteração de Acomodação P/Privativo
*** Nas alterações, preenchimento obrigatório dos dados do Titular.**	

FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

TITULAR:		**CÓD. UNIMED:**	
Regime: ( ) CLT ( ) CLE		**MATRICULA**:	
End:		Bairro:	
CEP:	Cidade:		Atendimento em:
Telefone:	Sexo ( ) M ( ) F	Data Nasc.: / /	RG:
CPF:		Nome da Mãe:	
Estado Civil:	E-mail Pessoal:		
Alteração:	Motivo da Exclusão:		

CÓDIGO UNIMED DO DEPENDENTE: Nº		
Nome:		CPF:
Parentesco:	RG:	Telefone:
Estado Civil:	E-mail Pessoal:	
Alteração:	Motivo da Exclusão:	

CÓDIGO UNIMED DO DEPENDENTE: Nº		
Nome:		CPF:
Parentesco:	RG:	Telefone:
Estado Civil:	E-mail Pessoal:	
Alteração:	Motivo da Exclusão:	

CÓDIGO UNIMED DO DEPENDENTE: Nº		
Nome:		CPF:
Parentesco:	RG:	Telefone:
Estado Civil:	E-mail Pessoal:	
Alteração:	Motivo da Exclusão:	

A partir de 01/12/2025:

Para novas admissões ou inclusão de dependentes que **não se enquadrem** nas situações abaixo, será obrigatório preencher a **Entrevista Qualificada (Declaração de Saúde)**. O preenchimento é **individual** e deve ser feito pelo **titular** das informações ou pelo representante legal (no caso de menores de 18 anos ou pessoas curateladas).

Situações com inclusão sem carência (prazo de 30 dias):

- Inclusão de cônjuge após casamento.
- Inclusão de filho(a) recém-nascido(a) após o nascimento.
- Adesão ao plano por novos(as) funcionários(as) da Unicamp.

Lembrando que a ativação junto ao plano fica condicionada ao questionário devidamente preenchido e enviado pelo beneficiário e retorno da Unimed Campinas.

** Estou ciente de que tenho direito de manutenção da condição de beneficiário conforme Resolução Normativa nº 279 ANS, de 24 de novembro de 2011. (05/07/2018).

_____ Unidade/ Ramal:_____/_____

Assinatura do Titular