



Associação dos Servidores do TRT da 21ª Região
Av. Capitão Mor Gouveia, 1738 – Lagoa Nova CEP: 59063-400 - Natal/RN
CNPJ: 40.986.929/0001-56 www.astra21.org.br e-mail: contato@astra21.org.br – tel: 84 3206 1132

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE UNIMED

Identificação do servidor (titular)

Nome: _____
Matrícula: _____, CPF: _____, Telefone: _____
E-mail: _____ Estado Civil: _____
Endereço: _____
Bairro: _____, Cidade: _____, CEP: _____

Magistrado () ativo ou () inativo.

Servidor: () do quadro () do quadro cedido () inativo () de outros órgãos cedidos ao TRT, inclusive requisitados.

Pensionista: ()

Finalidade

- () Inclusão Plano Unimed
- () Exclusão normal do Plano Unimed
- () Exclusão por morte do Plano Unimed
- () Exclusão a pedido (imediato) do Plano Unimed
- () Mudança de acomodação de enfermaria para apartamento
- () Mudança de acomodação de apartamento para enfermaria

Contrato

Contrato número: _____

Acomodação requerida

- () Apartamento
- () Enfermaria

Beneficiários (titular e dependentes)

Nome	Nascimento	Parentesco ¹

¹ Preencha com os seguintes códigos de parentesco:

1- O próprio; 2 - Cônjuge; 3-Companheiro(a); 4- filho até 21 anos; 5 - Filho até 24 anos se estudante ensino superior; 6 - Filho independente de idade se inválido; 7 - Enteado ou menor sob guarda nas mesmas condições que filho; 8- Agregados (apenas para exclusão e mudança de acomodação); 9- Neto; 10-Sobrinho.

() Autorizo o desconto em folha dos valores correspondentes ao custo dos respectivos planos, conforme tabela da operadora. **No caso de perda de vínculo com o Tribunal ou da percepção de remuneração que inviabilize o desconto em folha de pagamento do custo do plano de saúde do meu núcleo familiar, estou ciente que deverei solicitar a minha exclusão do Plano de Saúde. Não o fazendo o Tribunal fará de ofício a exclusão da minha consignação e eu assumirei todo débito perante a ASTRA21 até que seja protocolada a minha exclusão do plano junto a UNIMED.**

() Solicito a exclusão da consignação e estou ciente que os seus efeitos financeiros se darão na folha do mês _____.

Natal, ____ de _____ de _____

Assinatura do Associado

Assinatura da entidade: