**FORMULÁRIO ADESÃO OPCIONAL SOS UNIMED**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense | **CNPJ**85.283.299/0001-91 | **REGISTRO ANS**354295 |

**2 . DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO** |

**3. DADOS DO(A) TITULAR**

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO (sem abreviações)** |
| **E-MAIL** |
| **TELEFONE CELULAR** ( )  | **TELEFONE RESIDENCIAL** ( ) | **TELEFONE COMERCIAL** ( ) |

**4. DADOS ADESÃO OPCIONAL SOS UNIMED TITULAR E/OU DEPENDENTE(S)**

|  |  |
| --- | --- |
|  **O SOS é um serviço de atendimento pré-hospitalar e de remoções privado, que presta serviços aos beneficiários da Unimed Chapecó.** | **DATA DE INCLUSÃO**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| [ ] Adesão do(s) dependente(s) abaixo; [ ] Adesão do titular e dependente(s); ou[ ] Adesão do titular. |
| **Código beneficiário** | **Nome** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SOS UNIMED**

* Ambulâncias com estrutura médica e de enfermagem á disposição;
* Atendimentos em qualquer situação de urgência e emergência dentro do PERÍMETRO URBANO DE CHAPECÓ, seja à domicilio, em locais públicos ou no trabalho **(com exceção acidentes de trânsito)**;
* Transportes em caso de remoção para internação;
* Cobertura 24 horas, 7 dias por semana;

**Abrangência:** O atendimento será realizado na área territorial urbana do município de Chapecó

**Cancelamento:** O cancelamento se dará por qualquer das partes, conforme regras contratuais;

**Reajuste:** De acordo com cláusula contratual.

**Prestação do serviço:** Através da regulação médica no número **0800 488 488**.

Para maiores informações (49) 3361-1875 ou www.unimedchapeco.coop.br.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA E CARIMBO DO(A) CONTRATANTE** |  | **ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO** |