**FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO 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 DO CANCELAMENTO SOS UNIMED TITULAR E/OU DEPENDENTE(S)**

|  |  |
| --- | --- |
| [x] Cancelamento SOS UNIMED do(s) dependente(s) abaixo; [ ] Cancelamento SOS UNIMED do titular e dependente(s); [ ] Cancelamento SOS UNIMED do titular  | **DATA DE EXCLUSÃO**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **Código beneficiário** | **Nome** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**OBS.: Os formulários de Cancelamento do SOS UNIMED deverão ser enviados para a Operadora até o dia 15 de cada mês para terem efeito a partir do 1º dia do mês seguinte. Só serão aceitos formulários preenchidos corretamente e sem rasuras.**

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

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