**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)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** |