

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO SOS UNIMED-PJ**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	Nº 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)

<input type="checkbox"/> Cancelamento SOS UNIMED do (s) dependente (s) abaixo; <input type="checkbox"/> Cancelamento SOS UNIMED do titular e dependente(s); <input type="checkbox"/> 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 ____/____/____.

EMPRESA:

CNPJ:

ASSINATURA E CARIMBO DO (A)CONTRATANTE

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO