

FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO SOS UNIMED-PJ

1. DADOS DA OPERADORA

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

<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 ___/___/_____.

**ASSINATURA E CARIMBO DO (A)
 CONTRATANTE**

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO