

**FORMULÁRIO ADESÃO OPCIONAL 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	Nº 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 ____/____/____
<input type="checkbox"/> Adesão do(s) dependente(s) abaixo; <input type="checkbox"/> Adesão do titular e dependente(s); ou <input type="checkbox"/> 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 **0800-0488-488**.  
Para mais informações (49) 3361-1875 ou www.unimedchapeco.coop.br.

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

ASSINATURA E CARIMBO DO (A)  
CONTRATANTE

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO