

FORMULÁRIO ADESÃO OPCIONAL 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 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 à disposição;
 - atendimentos em qualquer situação de urgência e emergência dentro do PERÍMETRO URBANO DE CHAPECÓ, seja à domicílio, 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 488 488**.
Para mais informações (49) 3361-1875 ou www.unimedchapeco.coop.br.

Data ____/____/____.

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