

**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**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulâncias com estrutura médica e de enfermagem á disposição;</li> <li>Atendimentos em qualquer situação de urgência e emergência dentro do PERÍMETRO URBANO DE CHAPECÓ, seja à domicilio, em locais públicos ou no trabalho <b>(com exceção acidentes de trânsito)</b>;</li> <li>Transportes em caso de remoção para internação;</li> <li>Cobertura 24 horas, 7 dias por semana;</li> </ul> <p><b>Abrangência:</b> O atendimento será realizado na área territorial urbana do município de Chapecó</p> <p><b>Cancelamento:</b> O cancelamento se dará por qualquer das partes, conforme regras contratuais;</p> <p><b>Reajuste:</b> De acordo com cláusula contratual.</p> <p><b>Prestação do serviço:</b> Através da regulação médica no número <b>0800 488 488</b>. Para mais informações (49) 3361-1875 ou www.unimedchapeco.coop.br.</p>
---

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

 ASSINATURA E CARIMBO DO (A)  
CONTRATANTE

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO