

**DADOS DO CONTRATANTE**

PESSOA FÍSICA	PESSOA JURÍDICA
Nome do titular:	Número do contrato:
Código do cartão:	CNPJ:
CPF:	Razão social:

**Observação:** O campo abaixo é para preenchimento do beneficiário que recebe boleto em seu nome, porém, encontra-se vinculado a um contrato Pessoa Jurídica.

Nome do titular:	
Código do cartão:	
Número do Protocolo de atendimento:	

**TIPO DE ALTERAÇÃO?** RESIDENCIAL COMERCIAL

**Declaro sob as penas da Lei 7.115/83 e para os devidos fins junto à Unimed Chapecó, que o endereço atualizado é o informado abaixo:**

Endereço			
Número		Complemento	
Bairro		CEP	
Cidade		UF	
Telefone	( ) _____ - _____	Celular	( ) _____ - _____
E-mail			

**ASSINATURA DO CONTRATANTE**

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Contratante

Para alteração de endereço empresarial, obrigatório o carimbo da empresa.