

NOTIFICAÇÃO DE RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO

NOTIFICANTE: CONTRATANTE (RAZÃO SOCIAL), CNPJ sob o número: (endereço) xxxxxxxxxxxxxxxx N° XXX, Bairro xxxxx na Cidade de xxxxxx, Cep: xxxxx-xx, por seu representante legal ao final assinado,

NOTIFICADA: UNIMED RONDONÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, sito Rua Rio Branco, 933, centro, em Rondonópolis;

Objeto: RESCISÃO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS – PLANO DE SAÚDE – REGISTRO ANS n° _____

A presente notificação tem por finalidade solicitar nos termos da Cláusula _____ do contrato firmado e em vigência, a rescisão do contrato de prestação de serviços – plano de saúde, observando o prazo estabelecido de 60 dias a contar do recebimento desta notificação

E para que surta os seus legais e jurídicos efeitos, firmo o presente termo em (02) duas vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.
Rondonópolis, DD de MMMM de AAAA.

CONTRATANTE
Nome responsável
CPF

TESTEMUNHAS:
Nome:
RG. N°