

Para Unimed São Lourenço-Cooperativa de Trabalho Médico - Av Antônio Junqueira de Souza, 476- São Lourenço - 37470-000 - Tel: (35) 3695.8500 Email: operacoes@unimedcircuito.coop.br

Solicitamos a inclusão/exclusão* dos participantes abaixo, ao contrato de assistência médica celebrado entre a Contratada: Unimed São Lourenço Cooperativa de Trabalho Médico - CNPJ: 25.471.574/0001-79 e a Contratante abaixo caracterizada, assumindo total responsabilidade pela veracidade dos dados ora apresentados. Declaramos ciência de todos os termos do contrato assinado, bem como das responsabilidades atribuídas à Contratante e Contratada. Modalidade Contratual: () P.P. Empresarial () Plano Fácil Empresarial () P.P. Coletivo por Adesão () Plano Fácil Coletivo por Adesão () Custo Operacional										Data da Emissão		Carimbo da empresa	
Nome completo da empresa					Nome Fantasia					Responsável pelas info.		Telefone	
T/D/A	Nome completo				Data Nascimento			Telefone		Celular			
e-mail			RG			CPF			Nº Nascido Vivo		Naturalidade		
Nome do Mãe					Grau de Parentesco			Código do participante			Remoção Aérea? () Sim () Não		
Nome do Pai					Endereço (Rua, Av.m Logradouro)					SOS Unimed? () Sim () Não			
Número	Complemento	Bairro		Cidade			UF	CEP		Numero Cartão do SUS			
Em tratamento de saúde? () Sim () Não		Qual?			Tipo de Acomodação () Enf. () Apto.			Abrangência () Local () Regional () Estadual () Nacional			SX	E.C	
T/D/A	Nome completo				Data Nascimento			Telefone		Celular			
e-mail			RG			CPF			Nº Nascido Vivo		Naturalidade		
Nome do Mãe					Grau de Parentesco			Código do participante			Remoção Aérea? () Sim () Não		
Nome do Pai					Endereço (Rua, Av. Logradouro)					SOS Unimed? () Sim () Não			
Número	Complemento	Bairro		Cidade			UF	CEP		Numero Cartão do SUS			
Em tratamento de saúde? () Sim () Não		Qual?			Tipo de Acomodação () Enf. () Apto.			Abrangência () Local () Regional () Estadual () Nacional			SX	E.C	

ATENÇÃO: 1 - Em caso de EXCLUSÃO, é imprescindível a devolução do cartão de identificação UNIMED Circuito das Águas; 2 - É obrigatório o preenchimento dos dados acima.

Autorizo a inclusão dos participantes acima descritos, ao presente contrato de assistência médica celebrado entre Unimed São Lourenço - Cooperativa de Trabalho Médico e a Contratante, nesta proposta por mim representado. Assumindo total responsabilidades pela vinculação dos mesmos à Contratante e respectiva veracidade dos dados ora apresentados. Declaro ter ciência de todos os termos do contrato assinado, bem como as responsabilidades atribuídas à Contratante e Contratada.

São Lourenço, _____ de _____ de _____.

Unimed São Lourenço - Cooperativa de Trabalho Médico

Contratante (Assinatura Autorizada)