

	FORMULÁRIO OPCIONAL SOS	FOR.REA.0004/02 Implantação: 01/2023 2ª Revisão: 05/2024 Classificação: RESTRITO
---	--------------------------------	---

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	85.283.299/0001-91	354295

2. MODALIDADE DO CONTRATO

<input type="checkbox"/> Coletivo Empresarial	<input type="checkbox"/> Coletivo por Adesão	<input type="checkbox"/> Individual/Familiar
---	--	--

3. TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

<input type="checkbox"/> ADESÃO	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO
---------------------------------	-----------------------------------

4. DADOS DO CONTRATANTE

NOME/ RAZÃO SOCIAL	Nº OPER.	CPF/CNPJ
E-MAIL	TELEFONE () ()	

5. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

<input type="checkbox"/> Somente titular; <input type="checkbox"/> Somente dependente (s); <input type="checkbox"/> Titular e dependente (s).	DATA DA MOVIMENTAÇÃO ___/___/___
Código do cartão	Nome completo do beneficiário

6. INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOS UNIMED

<ul style="list-style-type: none">O SOS é um serviço de atendimento pré-hospitalar e de remoções privado, que presta serviços aos beneficiários da Unimed Chapecó;Ambulâncias com estrutura médica e de enfermagem;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;Reajuste: De acordo com cláusula contratual;Prestação do serviço: Através da regulação médica no número 0800-0488-488;Para mais informações (49) 3361-1875.
--

7. DA VIGÊNCIA DA MOVIMENTAÇÃO

A data de assinatura do presente documento não interfere no início da vigência da contratualização ou na data de exclusão a qual ocorrerá a partir da data definida no item data da movimentação.

8. ASSINATURA ELETRÔNICA

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.

Data: ___/___/_____

ASSINATURA TITULAR

**ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA
CONTRATANTE***

Razão Social:

CNPJ:

*Obrigatório a assinatura do contratante quando plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

RESPONSÁVEL PELO TITULAR MENOR

Nome:

CPF: