

PEDIDO DE EXCLUSÃO UNIMED-RIO CONTRATO 1

NOME DO TITULAR

NOME DA MÃE DO TITULAR

LOTAÇÃO

MATRÍCULA SIAPE

CPF

ENDEREÇO (Rua, Av., Pça, Nº, Complemento)

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DATA DE NASCIMENTO

E-MAIL

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE CELULAR

TITULAR

DEPENDENTE

Obs.: Para exclusão por falecimento é necessário anexar a certidão de óbito.

NOME DO DEPENDENTE

DATA DE NASCIMENTO

GRAU DE PARENTESCO

NOME DO DEPENDENTE

DATA DE NASCIMENTO

GRAU DE PARENTESCO

NOME DO DEPENDENTE

DATA DE NASCIMENTO

GRAU DE PARENTESCO

NOME DO DEPENDENTE

DATA DE NASCIMENTO

GRAU DE PARENTESCO

Venho, através deste pedido, solicitar o cancelamento do(s) usuário(s) acima identificado(s) na UNIMED-RIO, ao qual aderi voluntariamente. Declaro ser de minha inteira responsabilidade a utilização indevida, do(s) cartão(ões) referente(s) ao plano médico da UNIMED-RIO que se encontra(m) sob minha responsabilidade ou que foi(ram) extraviado(s), após a data do efetivo cancelamento, que se dará de acordo com o cronograma estabelecido e do qual tenho pleno conhecimento. Desde já reconheço como dívida líquida e certa as despesas originadas com base na utilização indevida do(s) cartão(ões), bem como os valores relativos a fator moderador que serão cobrados após o cancelamento ora solicitado, e autorizo a cobrança dos mesmos pela UNIMED-RIO.

Estou ciente que:

- 1) o pedido de exclusão recebido na SIAS/Mapma até o dia 15 será analisado e processado para o 1º dia útil do mês subsequente;
- 2) o vencimento do plano ocorrerá todo 5º dia de cada mês, sob a forma de pós-pagamento.

LOCAL E DATA

ASSINATURA