

# PEDIDO DE EXCLUSÃO SOS UNIMED

## IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

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 DE CONTATO	TELEFONE CELULAR

## DEPENDENTE(S) PARA EXCLUSÃO

NOME DO DEPENDENTE		
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	CPF
NOME DA MÃE		
NOME DO DEPENDENTE		
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	CPF
NOME DA MÃE		
NOME DO DEPENDENTE		
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	CPF
NOME DA MÃE		
NOME DO DEPENDENTE		
DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	CPF
NOME DA MÃE		

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Venho, através deste pedido, solicitar a exclusão da SOS UNIMED, ao qual sou titular e aderi voluntariamente. Declaro ser de minha inteira responsabilidade a utilização indevida, referente ao serviço de emergências médicas no plano da SOS UNIMED-RIO, após a data da efetiva exclusão, que se dará de acordo com o cronograma estabelecido e do qual tenho pleno conhecimento.

LOCAL E DATA

ASSINATURA