

PEDIDO DE EXCLUSÃO UNIMED-RIO CONTRATO 2

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 10 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