



S.O.S.UNIMED - ASSISTÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Contratação Opcional ao Contrato 1 e 2 de Assistência Médica Hospitalar da SIAS

NOME DO TITULAR

MATRICULA SIAPE

CARTÃO UNIMED RIO

CPF

ADESÃO AO SERVIÇO S.O.S UNIMED

 () CONTRATO 1 SIAS () CONTRATO 2 SIAS

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

Autorizo a cobrança dos valores decorrentes da minha adesão a Cobertura Especial e Opcional S.O.S Unimed e de todo o meu grupo familiar cadastrado no plano médico da SIAS junto a Unimed Rio, de acordo com o Contrato acima identificado, ao qual aderi voluntariamente, tendo ciência e concordando com os termos da referida cobertura.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário Titular