

PEDIDO DE EXCLUSÃO

SOS UNIMED

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

NOME DO TITULAR			
NOME DA MÃE DO TITULAR			
LOTAÇÃO	MATRÍCULA SIAPE	CPF	
ENDERECO (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 MAE		

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 FERJ, 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