

TERMO DE ADESÃO - SOS UNIMED

() **Inclusão**

() **Exclusão**

DADOS DO TITULAR

TITULAR	COD DO CARTÃO UNIMED
ASSOCIAÇÃO/ SINDICATO	

DADOS DO TITULAR / DEPENDENTES INCLUSÃO S.O.S

BENEFICIÁRIO	GRAU DE DEPENDÊNCIA	COD DO CARTÃO UNIMED

Pelo presente documento, aceito a adesão ao Produto SOS Unimed dos beneficiários citados acima e autorizo a cobrança de R\$ por pessoa, a ser cobrado juntamente com as mensalidades do plano de saúde.

Estou ciente que esse serviço fica a disposição somente ao atendimento em caso de **emergência** e **urgência** com envio de equipe médica ao local.

Estou ciente que o SOS só tem cobertura nas áreas de Curitiba, São José dos Pinhais e Araucária.

_____ RUBRICA

DATA / /	ASSINATURA DO TITULAR
-----------------	-----------------------