TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tenho pleno conhecimento de rescisão e/ou término dos benefícios contratuais firmados entre UNIMED DE TUBARÃO e a empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, contrato n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_com a qual estou de pleno acordo, razão pela qual, neste ato, devolvo a carteirinha de identificação Unimed.

**Endereço para correspondência (obrigatório):**

Rua: n°

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Telefones:

E-mail:

Declaro ainda, para os devidos fins que assumo integral responsabilidade financeira, de todo(s) ônus e obrigações enviadas pela UNIMED DE TUBARÃO, posteriormente a esta data oriunda do mesmo contrato antes referido e firmado entre esta e a empresa Contratante.

Tubarão, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Empregado