

**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE - PEDIDO DE RESCISÃO
UNILATERAL DO CONTRATO**

CONTRATANTE (RAZÃO SOCIAL), CNPJ sob o número: (endereço) xxxxxxxxxxxxxxxx Nº XXX, Bairro xxxxx na Cidade de xxxxxx, Cep: xxxxx-xx, em razão do meu pedido de rescisão do contrato do Plano de Saúde Contratado com a UNIMED RONDONÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, declaro que estou ciente e me responsabilizo pelo pagamento das co-participações decorrentes da utilização do contrato pertinentes a procedimentos realizados até a data do pedido de rescisão contratual. Que a Unimed deverá enviar o relatório com a fatura complementar para conferência e efetivação do pagamento, conforme Cláusula Contratual e disposição em Lei.

E para que surta os seus legais e jurídicos efeitos, firmo o presente termo em (02) duas vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Rondonópolis, DD de MMMM de AAAA.

CONTRATANTE

Nome responsável

CPF

TESTEMUNHAS:

Nome:

RG. Nº