

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo _____ presente _____ instrumento, Eu, _____ portadora do RG nº _____ e CPF nº _____, com domicílio _____, CEP _____ na cidade de _____, do estado _____, beneficiário (a) do Plano de Saúde firmado com a **UNIMED DE SOBRAL - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**; Pessoa Jurídica de Direito Privado inscrita no CNPJ sob o nº 07.649.106/0001-60 e sede de gestão administrativa localizada na Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1951, Sobral - Ce, e cadastrada sob o número o cartão _____, em virtude de ter sido cancelado o Plano de Saúde que foi pactuado, declaro estar ciente que não poderei mais utilizar a Carteira/Cartão de identificação que me foi entregue por ocasião da contratação e que permite todo o atendimento disponibilizado a minha pessoa, sob pena do pagamento da contraprestação(mensalidade) que me foi cobrada no mês imediatamente anterior ao cancelamento do Plano, e demais consectários legais aplicáveis ao caso, isto caso venha a utilizar a dita Carteira/Cartão, após finda a relação contratual.

Sobral - Ce, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

Beneficiário (a) do Plano de Saúde ou Responsável

(Revisão: 00 - Criação: Fevereiro/2020)