**TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA REFERENTE AO PAGAMENTO DE MENSALIDADES DO PLANO DE SAÚDE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dados do(a) NOVO RESPONSÁVEL FINANCEIRO** | | | |
| Nome: | | | |
| CPF: | RG: | Data de nasc.:      /     / | |
| Endereço: | | | Nº: |
| Cidade/UF: | Bairro: | Tel.: (     ) - | |
| E-mail: | | Tel.: (     ) - | |
| **Dados do(a) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR DO PLANO DE SAÚDE** | | | |
| Nome: | | | |
| Cód. do cartão: 0112 - | | Data de nasc.:      /     / | |
| CPF: | RG: | Tel.: (     ) - | |
| Endereço: | | | Nº: |
| Cidade/UF: | Bairro: | Cep: | |
| E-mail: | | Tel.: (     ) - | |
| Responsável (se menor de idade): | | | |

Pelo presente termo de responsabilidade, o (a) responsável financeiro (a) acima qualificado (a) assume e se responsabiliza, para os devidos fins e efeitos de direito, e sob as penas da Lei, pelo pagamento total das mensalidades de plano de saúde pertinente ao contrato firmado entre a **UNIMED DE SOBRAL – SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA**., inscrita no CNPJ sob nº 07.649.106/0001-60, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 30.317-8, e o (a) usuário (a) do plano de saúde acima qualificado (a), concordando o (a) responsável financeiro (a) e o usuário (a) do plano de saúde que o não pagamento integral da mensalidade do plano de saúde importa na rescisão do contrato nos termos do art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9.659/98, bem como na inscrição do nome do (a) responsável financeiro (a) nos serviços de proteção ao crédito – SPC e que toda e qualquer declaração pertinente ao pagamento das mensalidades do plano de saúde será fornecida em nome do (a) responsável financeiro (a). Na oportunidade, o (a) responsável financeiro (a) e o (a) usuário (a) do plano de saúde declaram, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas condizem com a verdade.

Sobral/Ce, \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Responsável Financeiro (a) Assinatura do Beneficiário (a) ou responsável

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do(a) Colaborador(a) Unimed

**Anexar a este documento assinado, uma cópia legível do CPF do novo responsável financeiro e enviar por e-mail:** [**atendimento@unimedsobral.com.br**](mailto:atendimento@unimedsobral.com.br) **ou presencialmente na Sede da Unimed Sobral.**