**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**