|  |
| --- |
| **TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PARA 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, o(a) responsável financeiro(a) acima qualificado(a) assume total responsabilidade pelo pagamento das mensalidades do plano de saúde contratado com a UNIMED DE SOBRAL – SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., inscrita no CNPJ sob nº 07.649.106/0001-60 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 30.317-8. O(a) responsável financeiro(a) e o(a) usuário(a) do plano de saúde acima qualificado(a) concordam que o não pagamento integral das mensalidades resultará na rescisão do contrato, conforme art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9.656/98, e na inscrição do nome do(a) responsável financeiro(a) no SERASA. Toda e qualquer declaração referente ao pagamento das mensalidades será emitida em nome do(a) responsável financeiro(a). O(a) responsável financeiro(a) e o(a) usuário(a) do plano de saúde declaram, sob as penas da lei, que as informações fornecidas neste termo são verdadeiras.

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. Enviar por e-mail para **atendimentosobral@unimedsobral.com.br** ou entregar presencialmente na Sede da Unimed Sobral, localizada na Avenida Dom José Tupinambá da Frota, nº 1951, Bairro Centro, Sobral-CE, CEP: 62010-290).