



**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE COBRANCA**

Nome		Nacionalidade	
Profissão	Estado Civil	CPF	CI
Rua/Av.	Nº	Compl.	Bairro
Cidade	Estado	CEP	

para os devidos fins e efeitos de direito, se declara responsável pelo pagamento das contribuições mensais à FUNDAFFEMG, correspondentes as COTAS e demais valores devidos nos termos do Regulamento do Plano de Saúde da FUNDAFFEMG, referentes às suas contribuições no referido Plano de Saúde:

Masp	Nome	Nacionalidade	
Profissão	Estado Civil	CPF	CI
Rua/Av	Nº	Compl.	
Bairro	CEP	Cidade	UF

na qualidade de **filiado titular** do Plano de Saúde da FUNDAFFEMG, para os devidos fins e efeitos de direito, **ACEITA EXPRESSAMENTE A CONDIÇÃO DE FIADOR** das obrigações contraídas pelo **DECLARANTE** acima indicado.

O fiador renuncia, nos termos artigo 828 do Código Civil, ao benefício de ordem, obrigando-se de maneira **integral, principal e solidária** em relação a todas as obrigações assumidas pelo **AFIANÇADO/DECLARANTE** em razão deste termo.

Em caso de atraso no pagamento de parcela(s) de responsabilidade do **DECLARANTE**, o **FIADOR** (Filiado Titular) concorda que o débito será automaticamente transferido e cobrado diretamente dele (FIADOR → Filiado Titular) pela **FUNDAFFEMG**, nos moldes de pagamento que este já realiza.

**Os declarantes firmam o presente termo, responsabilizando-se integralmente pelo ora declarado, sob as penas da lei.**

Local: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Ass.: \_\_\_\_\_

Declarante: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Diretoria Executiva

**FIADORES:**

Ass. \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Nome titular: \_\_\_\_\_

Nome cônjuge: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS:**

Ass.: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_