

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE COBRANÇA

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 e coparticipações dos beneficiários relacionados no **ANEXO 1**, inscritos no referido Plano de Saúde.

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

na qualidade de **beneficiário 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 **AFIANÇADO** 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** em razão deste termo.

Em caso de atraso no pagamento de parcela(s) de responsabilidade do **AFIANÇADO**, o **FIADOR (beneficiário titular)** concorda que o débito será automaticamente transferido e cobrado diretamente dele pela FUNDAFFEMG, assim como as mensalidades vincendas, nos moldes de pagamento que este já realiza.

Salientamos que após uma mensalidade sob a responsabilidade do **AFIANÇADO** em atraso, a sua condição de representante de financeiro será anulada.

O **AFIANÇADO** concorda expressamente, por meio da assinatura do presente termo, que o detalhamento dos valores cobrados será enviado ao seu endereço, por meio de demonstrativo de débito, constando os

valores das contribuições, coparticipações e demais obrigações previstas no Regulamento, acrescidas de correção monetária, juros de mora e multa.

Declaro estar ciente que a entrega deste documento não é suficiente para alteração na forma de liquidação da contribuição, devendo ser avaliado se os requisitos foram preenchidos, nos termos do Regulamento do Plano de Saúde da FUNDAFFEMG.

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

Local: _____, _____ de _____ de 20____.

Ass. : _____

Declarante

FIADORES:

Ass. _____

Beneficiário Titular

Ass.: _____

Cônjuge do Beneficiário Titular

CPF: _____

Cônjuge do Beneficiário Titular

Termo deferido em ____/____/____

TESTEMUNHAS:

Ciente: Assistente Técnico Atendimento

ANEXO 1

1)

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

2)

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

3)

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

4)

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

5)

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

Local: _____, _____ de _____ de 20____.

Ass. : _____
Declarante

FIADORES:

Ass. _____
Beneficiário Titular

Ass.: _____
Cônjuge do Beneficiário Titular
CPF: _____
Cônjuge do Beneficiário Titular

Termo deferido em ____/____/____

TESTEMUNHAS:

Ciente: Assistente Técnico Atendimento