

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE COBRANÇA**

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

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.

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

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Diretoria Administrativa e Financeira**

**FUNDAFFEMG**

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretoria Administrativa e Financeira  
FUNDAFFEMG

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_  
Ciente: Assistente Técnico Atendimento