

TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Nome:
RG:
CPF/MF:
Endereço:
Telefone:

Nome do Menor:
CPF/MF do Menor:

Declaro, para todos os fins, ser o(a) único(a) responsável pela veracidade dos dados cadastrais acima indicados, comprometendo-me a atualizá-los e a fornecer, quando solicitado documentos complementares.

Declaro, ainda, que me comprometo e assumo toda a responsabilidade pelas obrigações de natureza financeira (mensalidade, coparticipação, taxa e demais despesas), oriundas da adesão e contratação do Plano de Saúde _____, administrado pela FACHESF.
(inserir o tipo do plano)

Declaro, ainda, ter recebido, lido, compreendido e aceito o Regulamento do Plano citado, sem ressalvas.

_____, _____ de _____ de _____.
(local) (dia) (mês) (ano)

(assinatura)

Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social

Rua Paissandu, 58 - Boa Vista - Recife - PE
CEP 50.070-205 - Fone: (81) 3412.7533 - www.fachesf.com.br