TERMO DE RESPONSABILIDADE - QUITAÇÃO DE DÉBITOS

Pelo presente instrumento particular, eu,_____, brasileiro(a), portador(a) do Documento de Identidade nº _____, residente e domiciliado(a) no endereço , _____, nº _____, complemento _____, Bairro _____, Cidade _____ UF _____, assumo, integralmente, a responsabilidade quanto ao pagamento de eventuais débitos futuros existentes frente à **ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA COPASA – COPASS SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.202.035/0001-15, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n° 41.656-8, estabelecida na Rua Carangola, nº 531, Bairro Santo Antônio, na cidade de Belo Horizonte / Minas Gerais, CEP 30.330-240, referente aos procedimentos realizados pelo Sr (a). _____, portador do Documento de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, falecido em ___ de _____ de _____, beneficiário até então titular do plano ( ) PLANO COPASS COMPLETO ATIVOS (registro ANS nº 472.779/14-7) / ( ) PLANO COPASS COMPLETO ASSISTIDOS (registro ANS nº 472.778/14-9) / ( ) COPASS AMBULATORIAL (registro ANS nº 469.384/13-1) / ( ) COPASS ODONTO BÁSICO (registro ANS nº 469.384/13-1)/ ( ) PLANO COPASS ODONTOLÓGICO PLENO (registro ANS nº 472.776/14-2).

Os referidos débitos aos quais assumo, neste momento, a responsabilidade pelo seu pagamento, referem-se aos valores apurados na data de _____ de _____ de _____, e cuja responsabilidade pelo pagamento era do então titular do plano, _____, e que não foram por ele quitados, tendo em vista o seu falecimento em _____ de _____ de _____, sendo por mim assumidos expressamente.

Ademais, assumo a responsabilidade de quitar, a tempo e a modo, nos termos estabelecidos pela **COPASS SAÚDE,** por meio de instrumento próprio e por esta fornecido, os débitos futuros que forem apurados após a data de _____ de _____ de _____, referentes aos procedimentos realizados pelo Sr. _____ e cuja responsabilidade seja a este atribuída e devidamente comprovada, e manifesto, ainda, a minha ciência quanto à possibilidade de a **COPASS SAÚDE** se utilizar dos meios administrativos e judiciais cabíveis para o recebimento do referido débito cuja responsabilidade assumo neste ato.

_____, _____ de _____ de _____.

_____

Responsável Financeiro e/ou tutor no caso de filho menor

CPF: _____