

DEPARTAMENTO DE INSCRIÇÃO

SOLICITAÇÃO PARA DESMEMBRAMENTO DE PAGAMENTOS DA AMAFRESP

(O preenchimento deverá ser realizado pelo associado titular)

Eu _____, associado titular na Amafresp, sob nº Inscrição _____, venho por meio desta, solicitar o desmembramento dos pagamentos relativos as cotas Amafresp dos dependentes/ agregados(as):

_____,
equivalente ao total de ____ cota(s) Amafresp.

As cobranças relativas as cotas Amafresp do referido dependente/agregado(a), acima indicado(a), deverão ocorrer através de **Boleto Bancário**, cujo responsável pelo pagamento é o(a) Sr.(a) _____, quem autoriza o termo de responsabilidade para com os pagamentos mensais a partir do 5º dia útil do mês _____/201____, e pela prestação de contas a este(a) titular quanto à quitação das mensalidades ora desmembradas pelo uso do plano de assistência à saúde designadas a seu _____ dependente/agregado(a) **menor incapaz**, conforme sua autorização/declaração anexa.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do associado titular na Amafresp

AUTORIZAÇÃO PARA BOLETO BANCÁRIO

Eu, _____ portador(a) do RG _____ e do CPF _____, na qualidade de _____, do titular Sr(a). _____, **AUTORIZO**, bem como me responsabilizo pelo pagamento das cotas Amafresp, a partir do 5º dia útil do mês _____/20____, relativo ao plano de assistência à saúde de meu/minha _____(a), _____, **menor incapaz**, e DECLARO para todos os fins de direito estar ciente de que deverei comunicar de imediato o(a) titular, por eventual não pagamento da mensalidade de minha responsabilidade, observados os termos do Regulamento Amafresp disponível também pelo site: www.afresp.org.br.

Outrossim, declaro que estou ciente:

- a) Que os pagamentos deverão ser realizados através de **Boleto Bancário** todo 5º dia útil de cada mês.
- b) Que as cotas serão atribuídas conforme artigo 32 do Regulamento Amafresp.
- c) Que o valor será calculado mensalmente de acordo com o rateio, na proporção das respectivas cotas.
- d) Que o não cumprimento de qualquer obrigação financeira pertinente à Amafresp, implicará em suspensão e/ou exclusão do direito à assistência médica, conforme dispõe o inciso II do parágrafo único do artigo 13, da Lei 9.656/98, e o parágrafo 1º do artigo 12 do Regulamento Amafresp

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Titular

Assinatura do responsável pelo menor