



APUFPR-SSIND

Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná - Seção Sindical do ANDES-SN

Rua Dr. Alcides Vieira Arcoverde, 1305 - Jardim das Américas - Curitiba-PR - CEP: 81520-260

Fone/Fax: 41 3078-2424

www.apufpr.org.br

e-mail: gerencia@apufpr.org.br

TERMO DE COMPROMISSO DE ADESÃO AO CONVÊNIO DE SAÚDE / EMERGÊNCIA MÉDICA E OU ODONTOLÓGICA EM GRUPO FIRMADO PELA APUFPR

Por esse Termo de Compromisso, o associado abaixo firmado fica cientificado de seus direitos e responsabilidades contidos no Contrato Coletivo por Adesão, firmado pela APUFPR, contrato este disponibilizado para conhecimento e leitura, cujo recebimento ora fica registrado.

Fica o associado também ciente de que, havendo inadimplência, será ele notificado de sua situação por um prazo de DOIS meses. A partir do TERCEIRO mês de inadimplência poderá a APUFPR cancelar a assistência médica e excluir os beneficiários do devido convênio.

Nesse mesmo sentido, será de responsabilidade exclusiva do associado qualquer fatura ainda atrasada, bem como despesas decorrentes desta situação junto à APUFPR que, por este ato, inclusive, autoriza a consignação em falta de pagamento de parcelas devidas ao plano.

No caso de desistência do plano adquirido, é de responsabilidade do/a sindicalizado/a comunicar, por meio de ofício, o seu desligamento.

TITULAR
NOME: _____
CONVÊNIO: _____
PLANO: _____
DEPENDENTES (NOME / CONVÊNIO / PLANO)

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Associado: _____

RG: _____

CPF: _____ PIS PASEP: _____