



APUFPR-SSIND

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

www.apufpr.org.br

R. Dr Alcides Vieira Arcoverde, 1305
Jardim das Américas - Curitiba-PR - CEP: 81520-260
Fone/Fax: 41 3151-9100
E-mail: convenios@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: _____

Nome: _____

Convênio: _____ Plano: _____

Nome: _____

Convênio: _____ Plano: _____

Nome: _____

Convênio: _____ Plano: _____

Nome: _____

Convênio: _____ Plano: _____

Curitiba, _____ de _____ de _____.

RG: _____ CPF: _____ PIS/PASEP: _____

Assinatura