



## SINDICATO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS DO PARANÁ

TERMO DE COMPROMISSO QUE ENTRE SI FIRMAM O SINDICATO  
DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS DO PARANÁ - SINDARSPEN E

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pelo presente Termo de Compromisso, que objetiva formalizar condições para a inclusão no plano de saúde odontológico, por intermédio do Sindicato dos Agentes Penitenciários do Paraná, com DENTAL UNI – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA – CNPJ: 78.738.101/0001-51, operadora de planos de saúde odontológicos registrada na ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, SOB nº. 304484. O Beneficiário ....., portador de Cédula de Identidade/RG nº ....., e inscrito no CPF/MF sob nº....., nos termos da legislação vigente, concorda e compromete-se com os presentes termos, nas seguintes condições:

1. O beneficiário declara ter conhecimento a cerca do contrato firmado entre o SINDARSPEN e DENTAL UNI, especialmente quanto às cláusulas: 22ª, 23ª, 24ª, 28ª, 29ª, 32ª, 33ª, 34ª, 43ª, 46ª e seus respectivos incisos e parágrafos.
2. O beneficiário declara ter conhecimento das coberturas do plano previstas no Anexo I do contrato.
3. O beneficiário responsabilizar-se pelo fiel cumprimento das cláusulas contratuais, respondendo em caso de descumprimento ou pelo uso indevido do plano.
4. **O beneficiário assume total e irrestrita responsabilidade em face das seguintes situações:**
  - a) **Em caso de perda do cartão DENTAL UNI, deverá ser comunicado o SINDARSPEN, a fim de que seja cancelado e providenciado um novo cartão; ficando o ônus financeiro de tal perda a cargo do beneficiário, no valor de R\$10,00 (dez reais)**
  - b) A exoneração ou demissão do servidor beneficiário deverá ser comunicado ao SINDARSPEN, a fim de que sejam tomadas as medidas previstas em contrato. Neste caso, o beneficiário deverá proceder ao reembolso, apresentando ao SINDARSPEN os documentos previstos em contrato (cláusula 43ª § 1º e parágrafos I,II e III) no prazo previsto na cláusula 46ª.
5. Todas as solicitações que resultem em qualquer tipo de modificação no plano, inclusive as elencadas acima, deverão ser feitas, através de requerimento pelo titular do plano, até o dia 10 (dez) de cada mês.
6. O beneficiário responsabiliza-se pelos dados prestados na ficha de inscrição e suas atualizações.
7. O beneficiário compromete-se pelo pagamento da mensalidade de **R\$ 24,70** (Vinte e quatro reais e setenta centavos) **por pessoa**.
8. O beneficiário compromete-se a respeitar os prazos de desligamento do plano conforme a cláusula 22ª e seus incisos e parágrafos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Titular

**Vanderleia Pereira Leite**

Presidente/SINDARSPEN