

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, eu _____
portador do RG nº _____ CPF nº _____, residente e
domiciliado(a) _____ na
Rua _____,
n.º _____, bairro _____, Cidade de _____ funcionário do Conselho
_____ colaborador Beneficiário DENTAL UNI, e o SINDIFISC-PR, neste ato representado
por seu presidente Antonio Marsengo, ajustam e estabelecem o presente termo de responsabilidade,
com base nas seguintes cláusulas:

1. Cláusula Primeira – Objeto: Adesão ao plano odontológico DENTAL UNI através do convênio do
Sindicato com a empresa prestadora da assistência odontológica.

1.1. O contrato entre a DENTAL UNI e o SINDIFISC-PR prevê um tempo de permanência mínima de 12
(doze) meses, por parte do segurado.

2. Cláusula Segunda – Responsabilidades do beneficiário:

2.1. Autorizar o _____ a efetuar o desconto da mensalidade da dental uni em seu contracheque,
no valor contratado, que será repassado mensalmente ao SINDIFISC-PR;

2.2. Permanecer no plano odontológico por no mínimo 12 (doze) meses, conforme norma do contrato de
parceria firmado entre a DENTAL UNI e o SINDIFISC-PR;

2.3. Se o colaborador se desligar do Conselho antes desse prazo, desde já deixa autorizado o Conselho
a efetuar o desconto do valor restante da carência e 12 (doze) meses de suas verbas rescisórias;

2.4. Se o colaborador resolver sair do plano antes desse prazo, também deixa autorizado o Conselho a
descontar o valor restante da carência do seu contracheque.

2.5. Comunicar imediatamente ao SINDIFISC-PR qualquer alteração no plano, inclusão, exclusão de
dependentes;

2.6. Comunicar imediatamente ao SINDIFISC-PR, via e-mail (presidencia@sindifisc-pr.org.br) se estiver
em processo de demissão voluntária ou involuntária;

3. Cláusula Terceira – Responsabilidades do SINDIFISC-PR:

3.1. Informar qualquer alteração ou exclusão de dependentes ou titular, por escrito, ao conselho do qual
o colaborador faz parte

3.2. Manter em dia o pagamento da fatura mensal da DENTAL UNI;

3.3. Prestar assistência ao colaborador em questões administrativas entre o colaborador e a DENTAL
UNI;

4. Cláusula Quarta – Cancelamento do Termo de Responsabilidade:

4.1. O desligamento do colaborador da Empresa, enseja no cancelamento imediato desse termo de
responsabilidade - mediante envio do Termo de Rescisão assinado pelas partes.

E por estarem assim justos e contratados, as partes assinam o presente termo em 2 (duas) vias de igual
teor e forma.

Curitiba, _____ de _____ de _____

COLABORADOR: _____
(Beneficiário)

SINDIFISC-PR: _____