

## TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Como **COOPERADO** da **DENTAL UNI** adiante assinado, considerando as responsabilidades criadas pela Lei n.º 9656/98, e com as exigências tipificadas na Lei n.º 8078/90 do Código de Defesa do Consumidor, bem como estatutária da cooperativa, comprometo-me a:

- a) Ler o Estatuto Social da Dental Uni Cooperativa Odontológica;
- b) Zelar pelo patrimônio moral e material da Dental Uni;
- c) Cumprir as disposições legais, estatutárias e as deliberações dos órgãos de administração da Dental Uni;
- d) Subscrever e integralizar as quotas-partes de capital social;
- e) Não exercer atividade e/ou especialidade odontológica diversa daquela indicada no ato da associação;
- f) Prestar atendimento odontológico clínico geral ou especializado, conforme sua admissão, em consultório ou clínica próprias, nos domicílios dos usuários dos planos odontológicos e nos locais designados pela Dental Uni, sempre em conformidade com os contratos;
- g) Não receber ou negociar, diretamente com os beneficiários da Dental Uni, qualquer forma de pagamento ou contraprestação pela realização dos procedimentos odontológicos especificados na tabela de atos odontológicos, muito menos instigar e/ou induzir os beneficiários a não utilizar os benefícios contratados;
- h) Abster-me da prática de atividade que colida com os interesses da Dental Uni, no âmbito da relação cooperativa;
- i) Comunicar por escrito qualquer alteração que venha modificar os dados contidos no ato da associação, bem como qualquer informação que venha influenciar a execução dos contratos celebrados pela Dental Uni;
- j) Comparecer às reuniões e prestar esclarecimentos aos órgãos de administração da Dental Uni, quando solicitado ou convocado;
- k) Pagar a parcela que me couber no rateio das perdas apuradas, na forma e nas condições definidas pela Assembleia Geral;
- l) Manter em dia minhas obrigações perante a Dental Uni, sob pena de inscrição nos cadastros de inadimplentes;
- m) Contratar seguro de responsabilidade profissional, conforme as condições definidas pelo Conselho de Administração;
- n) Quando solicitado, cooperar com informações pertinentes aos beneficiários, no que tange aos serviços prestados;
- o) Participar de cursos oferecidos pela Dental Uni, voltados a incentivar o desenvolvimento profissional;

- p) Manter conta corrente bancária em instituição financeira designada pela Dental Uni, para recebimento de meus créditos e desconto de benefícios, salvo nos casos onde não houver a instituição apontada pela cooperativa;
- q) Ainda, como Cooperado da Dental Uni, estou ciente de minhas responsabilidades, onde me comprometo a ressarcir a cooperativa por todo prejuízo que for constatado no exercício profissional, assinando o presente compromisso em 02 (duas) vias de igual teor e para um só efeito.

Curitiba, ..... de ..... de 20.....

Cirurgião Dentista: ..... CRO .....

---

**Assinatura**