### REQUERIMENTO

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e SIAPE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, associado (a) junto á Associação de Assistência aos Servidores do Cefet MG - ASCEFET MG venho requerer:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opção** | FINANCEIRO | **DATA DA SOLICITAÇÃO** | **ATENDENTE** |
|  | Autorização de débito em conta corrente |  |  |
|  | Solicitação de boleto bancário |  |  |
|  | Termo de autorização de débito em conta Banco do Brasil |  |  |
|  | Termo de autorização de débito em conta Caixa Econômica |  |  |
|  | Levantamento de dívida para renegociação |  |  |
|  | Discriminativos Diversos: ANO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Farmácia Feira Magazine Odontológico Passeios Plano de Saúde  |  |  |
|  | Discriminativo para fins de IR: ANO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | Termo de Confissão de Dívida |  |  |
|  | Solicitação de empréstimo |  |  |
| **Opção** | ADMINISTRATIVO | **DATA DA SOLICITAÇÃO** | **ATENDENTE** |
|  | Formulário Feira de Oportunidades |  |  |
|  | Protocolo de entrega de documentos |  |  |
|  | Termo de adesão ao convênio: AraújoPacheco DrogaRaia Droga São Paulo |  |  |
|  | Solicitação de cancelamento do cartão:AraújoPacheco DrogaRaia Droga São Paulo |  |  |
|  | Termo de filiação |  |  |
|  | Termo de desfiliação |  |  |
|  | Formulário para Viagem ou Passeio |  |  |
|  | Solicitação de Seguro de Vida |  |  |
|  | Alterações Cadastrais:Mudança de endereço Alteração de telefone Alteração de E-mail Alteração de Estado Civil  |  |  |
| **Opção** | PLANO DE SAUDE | **DATA DA SOLICITAÇÃO** | **ATENDENTE** |
|  | Solicitação de adesão do Plano de SaúdeTitular Dependente  |  |  |
|  | Solicitação de exclusão (titular e/ou dependente) do Plano de SaúdeTitular Dependente  |  |  |
|  | Solicitação de alteração de operadora |  |  |
|  | Solicitação de alteração de plano:Enfermaria para apartamento Apartamento para enfermaria  Coo participativo para sem coo participação Sem coo participação para coo participativo |  |  |
|  | Alteração de forma de pagamento:Boleto para Débito Débito para Boleto |  |  |
| **Opção** | PLANO DE ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA | **DATA DA SOLICITAÇÃO** | **ATENDENTE** |
|  | Solicitação de adesão do Plano de Assistência Odontológica |  |  |
|  | Solicitação de exclusão do Plano de Assistência Odontológica |  |  |
|  | Alteração de operadora:SOU para Rede Dental Rede Dental para SOU |  |  |
|  | Alteração de plano: Amplo para Pleno (SOU) Pleno para Amplo (SOU)  Super para Star (Rede Dental) Star para Super (Rede Dental) |  |  |
| **Opção** | CONSELHO FISCAL | **DATA DA SOLICITAÇÃO** | **ATENDENTE** |
|  | Esclarecimentos e/ou agendamentos para participação de reunião |  |  |
|  | Outros – Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**OBS: Os campos marcados acima deverão ter o formulário em questão devidamente preenchido e assinado.**

 **Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESPONDIDO EM \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do (a) Associado (a) ASCEFET-MG

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Canhoto Requerimento**

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.