TERMO DE COMPROMISSO ADESÃO E/OU ALTERAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Eu,_____ sócio (a) da ASCEFET (ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO CEFET-MG), matrícula SIAPE N.º _____, portador (a) da carteira de identidade N.º _____ CPF N.º _____, solicito a **alteração do plano** dos usuários abaixo relacionados no plano de saúde, conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO, que ocorrerá à partir de ___/___/___. Atesto o recebimento da cópia do referido contrato, estando ciente de todas as cláusulas que o regem e que o uso indevido do plano de saúde acarretará no cancelamento do mesmo, com a perda de carência, bem como de eventual ressarcimento de despesas causadas à ASCEFET. Declaro ainda, ser do meu conhecimento que a inadimplência com as mensalidades do plano de saúde, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, autoriza, sumariamente, a exclusão do plano de saúde, gerando a imediata obrigação da devolução das carteiras.

Nome completo sem abreviaturas	**( ) Adesão**	**( ) Alteração**	CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher)	
____ / ____ / _____	( ) Masculino ( ) Feminino	☐Cônjuge ☐Filho (a) ☐Enteado (a) ☐Convivente ☐Pai ☐Mãe	
Nome da Mãe:		Forma de pagamento: 1- Boleto ( ) 1ª Opção 2 – Debito em Conta ( ) 2ª Opção	
Nova Modalidade:	**Nova Administradora:**	**Nº do contrato:**	
Modalidade anterior:	**Administradora anterior:**	**Nº do contrato:**	
Código anterior:	Extensão odontológico:	Modalidade: ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental	

Nome completo sem abreviaturas	**( ) Adesão**	**( ) Alteração**	CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher)	
____ / ____ / _____	( ) Masculino ( ) Feminino	☐Cônjuge ☐Filho (a) ☐Enteado (a) ☐Convivente ☐Pai ☐Mãe	
Nome da Mãe:		Forma de pagamento: 1- Boleto ( ) 1ª Opção 2 – Debito em Conta ( ) 2ª Opção	
Nova Modalidade:	**Nova Administradora:**	**Nº do contrato:**	
Modalidade anterior:	**Administradora anterior:**	**Nº do contrato:**	
Código anterior:	Extensão odontológico:	Modalidade: ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental	

Nome completo sem abreviaturas	**( ) Adesão**	**( ) Alteração**	CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher)	
____ / ____ / _____	( ) Masculino ( ) Feminino	☐Cônjuge ☐Filho (a) ☐Enteado (a) ☐Convivente ☐Pai ☐Mãe	
Nome da Mãe:		Forma de pagamento: 1- Boleto ( ) 1ª Opção 2 – Debito em Conta ( ) 2ª Opção	
Nova Modalidade:	**Nova Administradora:**	**Nº do contrato:**	
Modalidade anterior:	**Administradora anterior:**	**Nº do contrato:**	
Código anterior:	Extensão odontológico:	Modalidade: ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental	

Endereço do titular		Número
Bairro	Cidade	CEP
E-mail		
Telefone de casa	Telefone Celular	Telefone do local de trabalho
( )	( )	( )

Local: _____ , _____ de _____ de 20___

Assinatura:

_____

Para uso da ASCEFET

Apresentar anexas cópias dos documentos: comprovante de endereço, RG, CPF, contracheque, certidão de casamento, certidão de nascimento dos dependentes menores caso não possuam RG.