

REQUERIMENTO

Eu, _____ CPF nº _____ e SIAPE _____

, associado (a) junto à 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 Confissão de Dívida		
	Solicitação de empréstimo		
Opção	ADMINISTRATIVO	DATA DA SOLICITAÇÃO	ATENDENTE
	Protocolo de entrega de documentos		
	Termo de adesão ao convênio: <input type="checkbox"/> Araújo <input type="checkbox"/> Pacheco <input type="checkbox"/> RaiaDrogasil <input type="checkbox"/> Droga São Paulo		
	Solicitação de cancelamento do cartão: <input type="checkbox"/> Araújo <input type="checkbox"/> Pacheco <input type="checkbox"/> RaiaDrogasil <input type="checkbox"/> Droga São Paulo		
	Termo de filiação		
	Termo de desfiliação		
	Formulário para Viagem ou Passeio		
	Solicitação de Seguro de Vida		
	Alterações Cadastrais: <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Alteração de telefone <input type="checkbox"/> Alteração de E-mail <input type="checkbox"/> Alteração de Estado Civil		
Opção	PLANO DE SAUDE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ATENDENTE
	Solicitação de adesão do Plano de Saúde <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente		
	Solicitação de exclusão (titular e/ou dependente) do Plano de Saúde <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente		
	Solicitação de alteração de plano: <input type="checkbox"/> Enfermaria para apartamento <input type="checkbox"/> Apartamento para enfermaria <input type="checkbox"/> Coo participativo para sem coo participação <input type="checkbox"/> Sem coo participação para coo participativo		
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: <input type="checkbox"/> SOU para Rede Dental <input type="checkbox"/> Rede Dental para SOU		
	Alteração de plano: <input type="checkbox"/> Amplo para Pleno (SOU) <input type="checkbox"/> Pleno para Amplo (SOU) <input type="checkbox"/> Super para Star (Rede Dental) <input type="checkbox"/> Star para Super (Rede Dental)		
Opção	CONSELHO FISCAL	DATA DA SOLICITAÇÃO	ATENDENTE
	Esclarecimentos e/ou agendamentos para participação de reunião		
	Outros – Especificar: _____		

Justificativa: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Declaro que estou ciente e concordo que as informações fornecidas neste formulário sejam coletadas, armazenadas, utilizadas e, quando necessário, compartilhadas pela ASCEFET exclusivamente para a execução de finalidades administrativas e estatutárias, conforme previsto no Estatuto Social e na legislação aplicável. A ASCEFET se compromete a tratar os dados em conformidade com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a confidencialidade, a integridade e a proteção contra acessos não autorizados ou situações de uso indevido.

Assinatura do (a) Associado (a) _____

ASCEFET-MG

RESPONDIDO EM _____ / _____ / _____