

## 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 **adesão/alteração do plano** dos usuários abaixo relacionados no plano de saúde, conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO, que ocorrerá à partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. 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.

|                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Adesão <input type="checkbox"/> Alteração |                                                                      |                                                                                                                                                            |                 |
| Nome completo sem abreviaturas:                                    |                                                                      | CPF :                                                                                                                                                      |                 |
| Estado Civil                                                       | RG – Identidade                                                      | Data Expedição                                                                                                                                             | Órgão expedidor |
| Data de Nascimento<br>/ /                                          | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe |                 |
| Nome da Mãe:                                                       |                                                                      | Forma de pagamento: 1- Boleto ( )      2 - Debito em Conta ( )                                                                                             |                 |
| Nova modalidade:                                                   |                                                                      | Nova Administradora:      Modalidade anterior:                                                                                                             |                 |
| Aeromédico (Unimed BH): ( ) Sim ( ) Não                            |                                                                      | Odontológico vinculado ao P.S: Não ( ) Sim ( )      ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental                                                                         |                 |

  

|                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Adesão <input type="checkbox"/> Alteração |                                                                      |                                                                                                                                                            |                 |
| Nome completo sem abreviaturas                                     |                                                                      | CPF                                                                                                                                                        |                 |
| Estado Civil                                                       | RG – Identidade                                                      | Data Expedição                                                                                                                                             | Órgão expedidor |
| Data de Nascimento<br>/ /                                          | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe |                 |
| Nome da Mãe:                                                       |                                                                      | Forma de pagamento: 1- Boleto ( )      2 - Debito em Conta ( )                                                                                             |                 |
| Nova modalidade:                                                   |                                                                      | Nova Administradora:      Modalidade anterior:                                                                                                             |                 |
| Aeromédico (Unimed BH): ( ) Sim ( ) Não                            |                                                                      | Odontológico: Não ( ) Odontoprev ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental                                                                                            |                 |

  

|                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                            |                 |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Adesão <input type="checkbox"/> Alteração |                                                                      |                                                                                                                                                            |                 |
| Nome completo sem abreviaturas                                     |                                                                      | CPF                                                                                                                                                        |                 |
| Estado Civil                                                       | RG – Identidade                                                      | Data Expedição                                                                                                                                             | Órgão expedidor |
| Data de Nascimento<br>/ /                                          | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe |                 |
| Nome da Mãe:                                                       |                                                                      | Forma de pagamento: 1- Boleto ( )      2 - Debito em Conta ( )                                                                                             |                 |
| Nova modalidade:                                                   |                                                                      | Nova Administradora:      Modalidade anterior:                                                                                                             |                 |
| Aeromédico (Unimed BH): ( ) Sim ( ) Não                            |                                                                      | Odontológico: Não ( ) Odontoprev ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental                                                                                            |                 |

  

|                     |                  |               |  |
|---------------------|------------------|---------------|--|
| Endereço do titular |                  | Número:       |  |
| Bairro              | Cidade           | CEP           |  |
| E-mail              | Telefone Celular | Telefone CASA |  |

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.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_