

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.

() Adesão () Alteração			
Nome completo sem abreviaturas:		CPF :	
Estado Civil	RG – Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento / /	() Masculino () 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	
Nome completo sem abreviaturas		() Adesão () Alteração	
CPF			
Estado Civil	RG – Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento / /	() Masculino () 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	
Nome completo sem abreviaturas		() Adesão () Alteração	
CPF			
Estado Civil	RG – Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento / /	() Masculino () 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: _____