

## TERMO DE COMPROMISSO E ADESÃO AO 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 **inclusão** dos usuários abaixo relacionados no plano de saúde, conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO à partir da data \_\_/\_\_/\_\_. 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.

<b>Nome completo sem abreviaturas</b>			CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento ____ / ____ / ____	Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe	
Nome da Mãe:		Forma de pagamento: 1 - Boleto ( ) 1ª Opção 2 - Débito em Conta ( ) 2ª Opção	
Modalidade:	Administradora:	Nº do contrato:	
Código anterior:	Extensão odontológico:	Modalidade: ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental	

<b>Nome completo sem abreviaturas</b>			CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento ____ / ____ / ____	Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe	
Nome da Mãe:		Forma de pagamento: 1 - Boleto ( ) 1ª Opção 2 - Débito em Conta ( ) 2ª Opção	
Modalidade:	Administradora:	Nº do contrato:	
Código anterior:	Extensão odontológico:	Modalidade: ( ) Odontoprev ( ) Rede Dental	

<b>Nome completo sem abreviaturas</b>			CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento ____ / ____ / ____	Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe	
Nome da Mãe:		Forma de pagamento: 1 - Boleto ( ) 1ª Opção 2 - Débito em Conta ( ) 2ª Opção	
Modalidade:	Administradora:	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: \_\_\_\_\_

LANÇADO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Para uso Ascefet)