

TERMO DE COMPROMISSO E ALTERAÇÃO DO PLANO DE ODONTOLÓGICO

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 odonto. conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO, que ocorrerá a 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 odontológico, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, autoriza, sumariamente, a exclusão do plano de odontológico, gerando a imediata obrigação da devolução das carteiras.

Nome completo sem abreviaturas			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"/> Enteadado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> 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:	Cidade:	Repasse:	

Nome completo sem abreviaturas			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"/> Enteadado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> 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:	Cidade:	Repasse:	

Nome completo sem abreviaturas			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"/> Enteadado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> 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:	Cidade:	Repasse:	

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