



**CONVÊNIO MÉDICO - SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA CATEGORIA**

Ao

Departamento de Administração e Desenvolvimento de Pessoal (DADP).

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, Registro Funcional \_\_\_\_\_, Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
Estado Civil \_\_\_\_\_, Cargo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Tel. Residencial \_\_\_\_\_, Tel. Celular \_\_\_\_\_,  
Tel. Local de Trabalho \_\_\_\_\_, Mãe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Local de trabalho \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

venho por meio desta solicitar alteração na **Categoria de Assistência Médica do CONVÊNIO MÉDICO “CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)”**, anteriormente escolhido, ciente de que cumprirei as carências previstas:

**ALTERAÇÃO DA CATEGORIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA do CONVÊNIO MÉDICO “CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)” (CONVENIADO À PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ)**

de ☐ **PLANO FAMILIAR BÁSICO** para **PLANO FAMILIAR SUPERIOR**.

de ☐ **PLANO FAMILIAR SUPERIOR** para **PLANO FAMILIAR BÁSICO**.

**VALORES:**

- **PLANO FAMILIAR BÁSICO**: R\$ 242,53 (Duzentos e quarenta e dois reais e cinquenta e três centavos).

- **PLANO FAMILIAR SUPERIOR**: R\$ 722,07 (Setecentos e vinte e dois reais).

- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade da Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção acima assinalada, proporcionalmente à cobertura oferecida.
- Os Beneficiários que solicitarem a mudança da Categoria **PLANO FAMILIAR BÁSICO** para a Categoria **PLANO FAMILIAR SUPERIOR** terão carência de 6 (seis) meses para poderem usufruir da internação em apartamento.

Mauá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Servidor (Assinatura)