



**CONVÊNIO MÉDICO - TERMO DE OPÇÃO**

DADOS DO SERVIDOR				
NOME DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO
TIPO DE REQUERIMENTO				
<input type="checkbox"/> OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO <input type="checkbox"/> NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO <input type="checkbox"/> TROCA DE R.F. N° ANTERIOR: _____				
EMPRESA CONTRATADA				
"CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)"				
TIPO DE PLANO				
<input type="checkbox"/> FAMILIAR BÁSICO: R\$ 261,08 <input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$777,31				
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
<p>- DO TITULAR = Cópia do RG; Cópia do CPF; Cópia do Comprovante de Residência e Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DO CÔNJUGE = Cópia do RG; Cópia do CPF; Cópia da <u>Certidão de Casamento</u> e Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = Cópia da <u>Certidão de União Estável</u>, Cópia do RG, Cópia do CPF, Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANO = Cópia da Certidão de Nascimento, Cópia do RG, Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DE FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QUE ESTEJA CURSANDO FACULDADE E DESEJE UTILIZAR O CONVÊNIO MÉDICO ATÉ COMPLETAR 23 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS = Cópia do RG; Cópia do CPF; Cópia do Cartão do SUS e Cópia da Declaração de Matrícula na Faculdade.</p> <p>Obs. 1 - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH.</p> <p>Obs. 2 - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor).</p> <p>Obs. 3 - <u>Em caso de troca de R.F não é necessário</u> apresentar: as cópias listadas acima; declaração de saúde e termo de carência.</p>				
DEPENDENTES (1)				
1	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
2	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
3	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
4	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
TERMO DE COMPROMISSO				
<p>Declaro estar ciente:</p> <p>- O servidor tem o prazo de <b>30 dias</b>, a contar da data de admissão, para aderir ao convênio sem carência.</p> <p>- O servidor tem o prazo de <b>30 dias</b>, a contar da data em que se iniciar o vínculo com seus novos dependentes, para incluí-los no convênio sem carência.</p> <p>- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada.</p> <p>- Que ao requerer <b>licenças concedidas com prejuízo de vencimentos</b> terei minha opção pelo uso do Convênio Médico <b>excluída</b>, assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato.</p> <p>Mauá, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: right;">Servidor (Assinatura)</p>				

PARA USO DO DADP	
Deliberamos pela:	
Concessão do Benefício.	
Não Concessão. Motivo: _____	
Obs.: _____	
Responsável	Registro funcional _____ Data _____ / _____ / _____