



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, _____
Nome da 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\$ 261,08 (Duzentos e sessenta e um reais e oito reais).
- **PLANO FAMILIAR SUPERIOR:** R\$ 777,31 (Setecentos e setenta sete reais e trinta e um centavos).

- 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)