



**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)