



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH

CONVÊNIO MÉDICO – SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA CATEGORIA

À
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH

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\$ 296,47 (duzentos e noventa e seis reais e quarenta e sete centavos)

- **PLANO FAMILIAR SUPERIOR**: R\$ 777,31 (setecentos e setenta e 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)