



CONVÊNIO MÉDICO – TERMO DE EXCLUSÃO

OBS. IMPRIMIR FRENTE E VERSO

| 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"/> EXCLUSÃO NO CONVÊNIO MÉDICO |

| EMPRESA CONTRATADA |
|---|
| CMI Planos de Assistência Médica LTDA (PESSOAL SAÚDE) |

| TIPO DE EXCLUSAO | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SERVIDOR | <input type="checkbox"/> DEPENDENTE | <input type="checkbox"/> AGREGADO |

| DEPENDENTES E AGREGADOS | | | |
|-------------------------|-------------|-----|--------------------|
| 1 | NOME | | DATA DE NASCIMENTO |
| | RG | CPF | GRAU DE PARENTESCO |
| | NOME DA MÃE | | |
| 2 | NOME | | DATA DE NASCIMENTO |
| | RG | CPF | GRAU DE PARENTESCO |
| | NOME DA MÃE | | |
| 3 | NOME | | DATA DE NASCIMENTO |
| | RG | CPF | GRAU DE PARENTESCO |
| | NOME DA MÃE | | |
| 4 | NOME | | DATA DE NASCIMENTO |
| | RG | CPF | GRAU DE PARENTESCO |
| | NOME DA MÃE | | |
| 5 | NOME | | DATA DE NASCIMENTO |
| | RG | CPF | GRAU DE PARENTESCO |
| | NOME DA MÃE | | |

| TERMO DE COMPROMISSO |
|--|
| <p>Declaro estar ciente: - De que cancelamentos solicitados <u>após o dia 25 de cada mês</u> serão processados somente no último dia do mês posterior, gerando, portanto, a cobrança do respectivo período.</p> <p>Mauá, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: right;">_____ Servidor (Assinatura)</p> |



AValiação de Satisfação do Convênio Pessoal Saúde

| Itens para avaliação | | 1 – PÉSSIMO | 2 - RUIM | 3 - REGULAR | 4 - BOM | 5 – MUITO BOM |
|-----------------------------|--|--------------------|-----------------|--------------------|----------------|----------------------|
| 1 | Custo Benefício | | | | | |
| 2 | Qualidade da Rede Própria | | | | | |
| 3 | Qualidade da Rede Credenciada | | | | | |
| 4 | Qualidade do Atendimento | | | | | |
| 5 | Facilidade para Marcação de Consultas | | | | | |
| 6 | Canais de Atendimento | | | | | |
| 7 | Estrutura Oferecida aos Beneficiários | | | | | |
| 8 | Respeito do Plano com os Beneficiários | | | | | |
| 9 | Facilidade para obter informações sobre a rede de atendimento | | | | | |
| 10 | Profissionalismo | | | | | |

Em uma escala de 1 a 5, qual a probabilidade de você recomendar um plano de saúde da Pessoal Saúde para um amigo ou familiar?

| Item para avaliação | 1 – NENHUMA | 2 – POUCO PROVÁVEL | 3 - TALVEZ | 4 – PROVÁVEL | 5 – MUITO PROVÁVEL |
|----------------------------|--------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------|
| 11 | | | | | |

Em uma escala de 1 a 5, diga o quanto você concorda com a possibilidade do plano da Pessoal Saúde continuar como a opção de convênio médico para os servidores da Prefeitura de Mauá?

| Item para avaliação | 1 – DISCORDO TOTALMENTE | 2 – APENAS DISCORDO | 3 - INDIFERENTE | 4 - CONCORDO | 5 – CONCORDO TOTALMENTE |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------------|
| 12 | | | | | |