

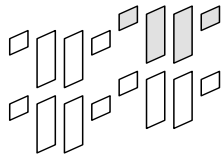
ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DAS FACULDADES
DE TECNOLOGIA DO CEETEPS

ADFATEC – SSind. ANDES

FICHA DE INSCRIÇÃO DO PLANO DE SAÚDE ADFATEC/UNIMED PAULISTANA

Favor preencher os campos com letra legível:

DADOS DO ASSOCIADO																											
Nome Completo																								Sexo			
																								Masculino			
																								Feminino			
Estado Civil				solteiro				casado				viúvo				separado				divorciado							
Dt. Nasc (dd/mm/aa)						Número do RG												Número do CPF (CIC)									
/ /																											
Endereço Residencial Completo (Rua / Avenida / Alameda / Praça / Travessa / Estrada, Número, Complemento: apto/ andar/ bloco/ casa):																											
Bairro																								UF			
Cidade																CEP											
Tel. Residencial (DDD) Número																											
Tel. Comercial (DDD) Número- Ramal																											
RELAÇÃO ASSOCIADO / INSTITUIÇÃO																											
Unidade a que pertence																											
Divisão / Departamento / Setor onde trabalha																								Ramal			
Função												Corpo Docente								Funcionário							
Categoria a que exerce																											



ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DAS FACULDADES
DE TECNOLOGIA DO CEETEPS

ADFATEC – SSind.ANDES

TERMO DE COMPROMISSO ADFATEC/ASSOCIADO

A ADFATEC possui um contrato com a UNIMED PAULISTANA que visa beneficiar seus associados. Os beneficiados ficam comprometidos com esta Associação ao cumprimento das seguintes cláusulas:

1) Se houver intenção de desistência o beneficiado deverá encaminhar uma carta formalizando o pedido juntamente com a carteirinha UNIMED PAULISTANA, até o dia 15 de cada mês.

2) Se houver intenção de alteração de plano o beneficiado deverá encaminhar uma carta formalizando o pedido, até o dia 15 de cada mês.

3) Se por algum motivo o pagamento de uma mensalidade do plano de saúde não for efetuada na data prevista, o assegurado deverá imediatamente entrar em contato com o tesoureiro da ADFATEC afim de regularizar sua situação, sob pena de ter seu contrato cancelado e ainda estar sujeito ao pagamento da mensalidade atrasada de acordo com juros especificados no contrato .

Eu,

RG: _____

funcionário da FATEC _____, estou de acordo com as cláusulas acima expostas.

São Paulo, _____ de _____ de _____

assinatura

À Diretoria da ADFATEC

Associação dos Docentes das

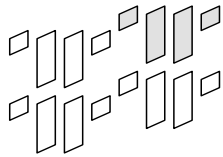
Faculdades de Tecnologia do CEETEPS

Eu, _____, funcionário
da _____

_____, autorizo a ADFATEC proceder o desconto das minhas despesas, devido ao convênio médico firmado entre ADFATEC/UNIMED PAULISTANA, através de débito no Banco _____, Agência _____,

Conta Corrente _____.

Atenciosamente,



ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DAS FACULDADES
DE TECNOLOGIA DO CEETEPS

ADFATEC – SSind.ANDES

assinatura

RG