

FICHA DE ADESÃO DO USUÁRIO AO CONVÊNIO MÉDICO
DIRETO COM A OPERADORA UNIMED



Inclusão Inclusão de Dependente Troca de Empresa Troca de Plano

Empresa Associada:

Código: Telefone: () CNPJ:

Nome do Plano: () Global Direto () Unimais () Vida

() Enfermaria () Apartamento **Com extensão para a cidade:**

Nome do Titular:

() Proprietário () Funcionário

Data de Nascimento: Gênero Social: () F () M () Ignorado Estado Civil:

C.P.F.: RG.: Nº Cartão SUS:

Nome da Mãe do Usuário:

Endereço Residencial: Nº

Compl. Bairro:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone Residencial:() Celular:() _____

1) Nome do Dependente:

Grau de Parentesco: C.P.F.: Gênero Social: () F () M () Ignorado

2) Nome do Dependente:

Grau de Parentesco: C.P.F.: Gênero Social: () F () M () Ignorado

3) Nome do Dependente:

Grau de Parentesco: C.P.F.: Gênero Social: () F () M () Ignorado

No ato da rescisão e/ou pedido de cancelamento do convênio médico, devolveremos o(s) cartão(ões) da Unimed do titular e dependente(s) para que não ocorra o uso indevido.
Assumimos inteira responsabilidade pelas informações as quais estamos de acordo.

Piracicaba, _____ de _____ de 20_____

Nome Completo do Responsável pela Empresa

Assinatura do Usuário Titular

Assinatura do Responsável pela Empresa



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADESÃO AOS PLANOS MÉDICOS DIRETOS COM A OPERADORA UNIMED: GLOBAL EMPRESARIAL ENFERMARIA, GLOBAL EMPRESARIAL APARTAMENTO, COLETIVO EMPRESARIAL UNIMAIS ENFERMARIA, COLETIVO EMPRESARIAL UNIMAIS APARTAMENTO E UNIMED VIDA COLETIVO EMPRESARIAL ENFERMARIA.

(TODAS AS CÓPIAS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS)

EM SE TRATANDO DE 1ª ADESÃO, DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DA EMPRESA:

- 01 cópia do Termo de Ciência de Recebimento de Boletos do Convênio Médico Unimed Piracicaba e da Acipi;
- 02 cópias do Contrato Social;
- 02 cópias do cartão de CNPJ;
- 02 cópias da Inscrição Estadual (caso tenha);
- 02 cópias da Inscrição Municipal;
- 02 cópias do comprovante de endereço com CEP para envio do boleto Unimed;
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH, ou RG que conste CPF ou Registro de Categoria Profissional de (os documentos devem ser de no mínimo de dois sócios, sendo um deles o responsável que assina pela empresa);
- 01 via do protocolo de entrega do Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação**.

Após entrega dos documentos mencionados acima, estes integrarão o processo de inclusão e cadastro e devem ser assinados pelo responsável legal da empresa, são eles:

- 04 vias do Contrato de Prestação de Serviços (2 ativos e 2 inativos) **
- 04 vias da Proposta de Adesão (2 ativos e 2 inativos) **
- 02 vias da Carta de Orientação RN432/17 **

ADESÃO DE TITULAR SENDO PROPRIETÁRIO(A), SÓCIO(A) OU FUNCIONÁRIO(A) DA EMPRESA:

- 01 via da ficha de adesão;*
- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; **
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH ou RG que conste o CPF ou Registro de Categoria Profissional;
- 02 cópias do Contrato Social para inclusão de proprietários e/ou sócio;
- 02 cópias da Carteira Profissional (CTPS) referente as páginas: foto, qualificação civil e contrato de trabalho (página do registro + página posterior do registro) ou CTPS digital ou Ficha de Registro do eSocial ou Folha de Registro de Empregados (frente e verso) para inclusão de funcionários
- 02 cópias do comprovante de residência que conste o CEP;
- 02 cópias ou a numeração do cartão SUS;
- 02 cópias do último boleto quitado do plano anterior (caso tiver);
- 01 via da Declaração de Responsabilidade de cancelamento do plano anterior (caso tiver) **;
- 02 vias da Declaração de Saúde devidamente preenchida (caso necessário) **.

ADESÃO DO(A) CÔNJUGE DO(A) TITULAR:

- 01 via da ficha de adesão;*
- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; **
- 02 cópias da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável reconhecida em cartório;
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH ou RG que conste o CPF ou Registro de Categoria Profissional;
- 02 cópias ou a numeração do cartão SUS;
- 02 cópias do último boleto quitado do plano anterior (caso tiver);
- 01 via da Declaração de Responsabilidade de cancelamento do plano anterior (caso tiver) **.
- 02 vias da Declaração de Saúde devidamente preenchida (caso necessário) **.

ADESÃO DO(A) FILHO(A) DO(A) TITULAR DE ATÉ 23 ANOS:

- 01 via da ficha de adesão;*
- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; **
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH ou RG que conste o CPF ou Registro de Categoria Profissional (na ausência de alguns destes documentos, em caso de recém-nascido substituir pela Certidão de Nascimento);
- 02 cópias ou a numeração do cartão SUS;
- 02 cópias do último boleto quitado do plano anterior (caso tiver);
- 01 via da Declaração de Responsabilidade de cancelamento do plano anterior (caso tiver) **;
- 02 vias da Declaração de Saúde devidamente preenchida (caso necessário) **.

****Documentos fornecidos pela ACIPI**

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O prazo para entrega da documentação completa para adesão e/ou cancelamento ao plano médico **é até o dia 15 de cada mês**, para ser efetivado no próximo mês, exceto no mês de **dezembro**, que deverá ser consultado com o departamento de Convênios.

O boleto de cobrança da mensalidade dessa modalidade de plano médico é enviado diretamente pela operadora Unimed.

Nota: Sua empresa receberá mensalmente dois boletos: um boleto da Unimed referente ao plano médico contratado, e outro boleto da Acipi, relativo à mensalidade de sócio e demais serviços utilizados.

A data de vencimento do boleto da Unimed é todo dia 15 de cada mês. *

Para impressão do boleto, acessar o site da Unimed **www.unimedpiracicaba.com.br** clicar em 2ª via do boleto.

***Sujeito a alteração.**

Informações:
Departamento Comercial
comercial@acipi.com.br
(19) 3417-1766 opção 3