

Inclusão Inclusão de Dependente Troca de Empresa Troca de Plano**Empresa Associada:****Código:**

Telefone: ( )

CNPJ:

( ) Proprietário

( ) Plano Global Enfermaria 9942

( ) Funcionário

( ) Plano Global Apartamento 9943

Com extensão para a cidade de:

**Nome do Titular:**

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.

Faz parte integrante da presente ficha de adesão a tabela com os valores das mensalidades do plano de saúde adquirido.

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 AO PLANO MÉDICO

(TODAS AS CÓPIAS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS)

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

- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; \*\*
- 02 vias do Aditivo Contratual (caso a empresa não possua contrato dos planos 9942 ou 9943); \*\*
- 01 via da tabela de valores; \*\*
- 02 cópias do cartão de CNPJ;
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH, ou RG que conste 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 com 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) \*\*.

### ADESÃO DO(A) CÔNJUGE DO(A) TITULAR:

- 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 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) \*\*.

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

- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; \*\*
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH, ou RG que conste 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) \*\*.

### \*\*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.

A cobrança da mensalidade do plano médico é realizada juntamente com o boleto da mensalidade da Acipi, e o reajuste anual para esta modalidade de plano é celebrado no mês de julho.

A data de vencimento do boleto é todo dia 20 de cada mês. \*

O não pagamento do boleto na data de vencimento implicará no cancelamento do plano médico. O cancelamento do plano médico e/ou suspensão dos demais serviços da entidade não implicará no cancelamento do débito, o qual deverá ser devidamente quitado.

**\*Sujeito a alteração.**

**Departamento Comercial**

comercial@acipi.com.br

(19) 3417-1766 opção 3