

FICHA DE ADESÃO DO USUÁRIO AO CONVÊNIO ODONTOLÓGICO - UNIODONTO



Inclusão
 Inclusão de Dependente
 Troca de Empresa
 Troca de Plano

Empresa Associada:

Código:	Telefone: ()	CNPJ:
() Proprietário	() Plano Rede Consultório	R\$37,50 por pessoa
() Funcionário	() Plano Rede Clínica	R\$30,00 por pessoa
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
---------------------	---------	--------------------------------------

O prazo de permanência no plano é de 24 meses a partir da data de vigência, exceto nos casos de demissão. Faz parte integrante da presente ficha de adesão a Declaração de Permanência do Plano Uniodonto. Assumimos inteira responsabilidade pelas informações contidas acima, 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 ODONTOLÓGICO (TODAS AS CÓPIAS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS)

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

- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; *
- 02 vias do Instrumento de Inclusão de Contratante do plano escolhido; *
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH ou RG que possua o CPF ou Registro de Categoria Profissional;
- 02 cópias do comprovante de residência que conste o CEP;
- 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;

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 possua o CPF ou Registro de Categoria Profissional;

ADESÃO DO(A) FILHO(A) OU BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** DO(A) TITULAR:

- 01 via do Termo de Consentimento do Associado para Tratamento dos Dados; *
- 02 cópias do CPF e RG ou CNH ou RG que possua o CPF ou Registro de Categoria Profissional;
- Comprovante de vínculo com o titular.

*Documentos fornecidos pela ACIPI

**** Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do titular, são eles:**

- a) o convivente;
- b) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado;
- c) os netos e bisnetos;
- d) os irmãos;
- e) os pais, avós e bisavós;
- f) os tios e os sobrinhos;
- g) os sogros;
- h) os genros e as noras;
- i) os cunhados;
- j) os padrastos/madrastas.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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

A cobrança da mensalidade do plano odontológico é realizada juntamente com o boleto da mensalidade da Acipi. A data de vencimento para pagamento do boleto é dia 20 de cada mês. ***

O cancelamento do plano odontológico e/ou suspensão dos demais serviços da entidade não implicará no cancelamento do débito, o qual deverá ser devidamente quitado.

*****Sujeito a alteração.**

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