

**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.:                      N° Cartão SUS:

Nome da Mãe do Usuário:

Endereço Residencial:                      N°

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 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 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 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](http://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