



Capacitação Inicial Consultor Interno

ELEGIBILIDADE

O que é Coletivo por Adesão?

É uma forma de contratação estabelecida pela ANS.

- Coletivo por Adesão;
 - Individual;
 - Empresarial.



Relembrando RN195

Art 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha **vínculo** com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- I. Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II. Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III. Associações profissionais legalmente constituídas;
- IV. Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V. Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI. Entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985.



Conceitos

ENTIDADES	ORIGEM	OBJETIVOS
ENTIDADE DE CLASSE	Formada por empresas e/ou pessoas, com forma e natureza jurídica, de natureza civil, sem fins lucrativos.	Constituída para prestar serviços aos seus associados.
ASSOCIAÇÕES	Criadas livremente pelos profissionais	Interesses comuns de ordem cultural, social, desportiva, política, científica, lazer e outras
SINDICATOS	Criados pelos profissionais de acordo com as normas sindicais	Otimização das relações e das condições do trabalho profissional



Conceitos

ENTIDADES	ORIGEM	OBJETIVOS
CONSELHOS PROFISSIONAIS	Criados por leis específicas no Congresso Nacional.	<ul style="list-style-type: none">• Fiscalizar, orientar e disciplinar legal, técnica e eticamente o exercício profissional• defesa da sociedade• habilitação profissional
CAIXA DE ASSISTÊNCIA	Criadas livremente pelos profissionais.	Interesses comuns de ordem cultural, social, desportiva, política, científica, lazer e outras.



Nosso Público



Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Nosso Público



Nosso Público



Nosso Público



Professionnalis



Elegibilidade – Comerciante



Elegibilidade:

Empregadores (sócios pessoa física) de empresas do ramo do comércio representados por um Sindicato filiado ao Fecomércio.

Documentação:

- Cópia do Contrato Social **ou** cópia da última alteração do mesmo, que comprove vínculo societário com a empresa do ramo do comércio representada por um Sindicato filiado à FECOMERCIO; **e**
- Cartão CNPJ.

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Funcionário do Comércio



Elegibilidade:

Todos os Empregados que mantenham vínculo empregatício com empresas no comércio atacadista e varejista, desde que seja representado pelo FECOMÉRCIO, excetuando-se:
SECOURINHOS, SECSAOCARLOS e SINPRAFARMAS.

Documentação:

- Cópia da CTPS (página da foto, qualificação civil e contrato de trabalho com CNPJ da empresa); e
- Cartão CNPJ.

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Estudante



Elegibilidade:

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os estudantes ensino fundamental, ensino médio e pré-vestibulandos associados à União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES).

Documentação:

- Cópia da Carteirinha de Associação - UBES (recente); **ou**
- Declaração em papel timbrado com a informação do CNPJ (impresso ou carimbo) da instituição de ensino; OBS: Escolas públicas podem não ter a informação do CNPJ; **ou**
- Cópia da mensalidade escolar (recente e quitada); **ou**
- Cópia da matrícula e/ou carteirinha escolar (recente).

Sem custo de filiação



Elegibilidade – Estudante Universitário



Elegibilidade:

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os estudantes de graduação do ensino superior associados à UNE.

Documentação:

- Cópia da Carteirinha de Identificação do Estudante UNE (recente); **ou**
- Cópia da mensalidade da faculdade, informando nome do curso (recente e quitada); **ou**
- Declaração original do Estabelecimento de Ensino em papel timbrado, contendo o nome completo do estudante, curso, período, CNPJ da Instituição de Ensino, telefone e assinatura do funcionário da Instituição de Ensino; **ou**
- Cópia da matrícula e/ou Carteirinha Escolar (recente).

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Profissional Liberal



Elegibilidade:

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os profissionais liberais regularmente inscritos à Associação dos Profissionais Liberais e Regulamentados do Brasil – APLER.

Documentação:

- Cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão de curso em ensino superior; **e**
- Comprovante de associação à APLER (carteirinha da entidade **ou** declaração original de associado emitida pela entidade **ou** comprovante da contribuição em favor da entidade) **ou** ficha associativa.



- Administrador
- Agrônomo
- Arquiteto
- Assistente Social
- Atuário
- Bacharel de Direito
- Biólogo
- Bacharel em Comércio Exterior
- Contabilista
- Dentista
- Economista
- Enfermeiro
- Engenheiro
- Farmacêutico
- Filósofo
- Físico
- Fisioterapeuta
- Gastrônomo
- Historiador
- Hoteleiro
- Jornalista
- Profissional de Letras
- Matemático
- Médico
- Músico
- Nutricionista
- Pedagogo
- Professor
- Professor de Educação Física
- Psicólogo
- Publicitário
- Sociólogo
- Técnico Contábil
- Técnico em Enfermagem
- Teólogo
- Turismólogo
- Veterinário
- Químico
- Zootecnista





Associação dos Profissionais Liberais e Regulamentados do Brasil
CNPJ: 08.560.709/0001-53

Ficha Associativa

Dados do Titular

Nome do Titular

Endereço Completo

Complemento Cidade CEP UF

Data de Nascimento Sexo Estado Civil

RG Emissor CPF

DDD Telefone DDD Comercial

Formação Universitária (indicar Curso)

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras, e tenho conhecimento que a APLER fará cobrança da mensalidade associativa de R\$5,00, reajustada de acordo com o percentual de reajuste anualmente, em Julho, de acordo com o IGP-M.

Local e data

Assinatura



Associação dos Profissionais Liberais e Regulamentados do Brasil
CNPJ: 08.560.709/0001-53

Ficha Associativa

Dados do Titular

Nome do Titular

Endereço Completo

Complemento Cidade CEP UF

Data de Nascimento Sexo Estado Civil

RG Emissor CPF

DDD Telefone DDD Comercial

Formação Universitária (indicar Curso)

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras, e tenho conhecimento que a APLER fará cobrança da mensalidade associativa de R\$5,00, reajustada de acordo com o percentual de reajuste anualmente, em Julho, de acordo com o IGP-M.

Local e data

Assinatura



Elegibilidade – Funcionário Público



Elegibilidade:

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os servidores públicos, ativos e inativos, domiciliados no Estado de São Paulo e que obedeçam às condições de comercialização estabelecidas pela AFPEP.

Documentação:

- Cópia do holerite atualizado (obrigatório) e cópia da Carteira de Associado e último boleto da AFPEP quitado (se houver); e
- Cópia do Termo Aditivo e Declaração de Autenticidade à Proposta preenchido e assinado.

Servidor Público no exercício de cargo em comissão:

- Cópia do último holerite recebido antes de exercer o cargo em comissão e cópia do holerite atual (obrigatório) e cópia da Carteira de Associado e último boleto da AFPEP quitado (se houver); e
- Cópia do Termo Aditivo e Declaração de Autenticidade à Proposta preenchido e assinado.





DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

Declaro, para todos os fins e efeitos de direito e sob as penas da lei, que as fotocópias dos documentos que acompanham o Contrato de Adesão (a Proposta) nº _____, celebrado em ____/____/____, representam a fiel reprodução dos dados constantes dos documentos originais pertencentes ao respectivo Proponente.

São Paulo, ____/____/____

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Corretora: _____

Telefone: _____



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE INGRESSO OU DE RESTRIÇÃO AO INGRESSO NO QUADRO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO (AFPESP)

Considerando que a Associação dos Funcionários Públicos do Estado de São Paulo (AFPESP – a “Entidade”) tem por finalidade estatutária promover a união e representar os servidores públicos civis em geral, **MANIFESTO** meu interesse na adesão aos termos e condições previstas no Estatuto Social da Entidade e, nesse sentido, obrigo-me a respeitar as condições inclusivas ou restritivas ao ingresso no quadro social da Entidade, impostas pelo seu Estatuto Social, compreendendo e aceitando, em caráter irrevogável e irretirável, em conjunto com meus eventuais dependentes, a hipótese da incidência de uma das condições abaixo:

a) Anuir com a minha associação à AFPESP, caso eu seja: funcionário e servidor público civil dos três poderes do Estado de São Paulo, de seus Municípios e respectivos autarquias, ativo ou aposentado, ainda que sujeito ao regime da C.L.T.; servidor civil federal lotado e em exercício em órgãos públicos ou autarquias no Estado de São Paulo, bem como servidor civil federal aposentado que teve exercício no Estado de São Paulo; e servidor de fundação pública do Estado de São Paulo.

OU

b) Renunciar a todos os benefícios sociais oferecidos pela AFPESP, bem como aos demais direitos outorgados aos associados plenos à Entidade, em razão da restrição de ordem estatutária que impeçam minha associação ao quadro social da AFPESP; ser servidor ou empregado da administração pública centralizada e/ou descentralizada, inclusive de fundações e de sociedades de economia mista, em que o Estado ou a União sejam acionistas majoritários, sediadas no Estado de São Paulo.

Outrossim, **DECLARO** que me foi explicado, e por mim compreendido, o exato significado do presente instrumento.

Local e data (dd/mm/aa): _____

Assinatura: _____

Nome legível: _____

CPF/MF: _____

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Funcionário Público



Elegibilidade:

Todos os Servidores Públicos associados à Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil (SASPB).

Documentação:

- Cópia do holerite atualizado com a indicação do desconto mensal devido à SASPB; **ou**
- Cópia do holerite e Ficha de Filiação do proponente ao SASPB devidamente preenchida e assinada; **ou**
- Cópia do holerite e Declaração Original da Entidade.



SASPB SOCIEDADE ASSISTENCIALISTA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO BRASIL - C.N.P.J: 05.633.012/0001-77
 SCLN 306 BLOCO "D" SALAS 114/116 - CEP: 70.745-540 - BRASÍLIA-DF
 TEL/FAX: 3347-4012 / 3467-5371 E-mail: saspb@terra.com.br

9674

DADOS DO PROPONENTE PRINCIPAL
 NOME DO ASSOCIADO: _____ CPF: _____

DATA NASCIMENTO: _____ EST. CIVIL: _____ CART. IDENTIDADE / ORIGEM: _____ SEXO: _____ SITUAÇÃO: _____ ORGÃO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ BAIRRO: _____

CIDADE / ESTADO: _____ UF: _____ CEP: _____ TEL. RES.: _____ SALÁRIO: _____ DATA DA INSCRIÇÃO: _____

NOME DO PAI: _____ NOME DA MÃE: _____

FORMAS DE PAGAMENTOS:
 DÉBITO EM CONTA C/C
 BANCO: _____ AG: _____ C/C: _____ DATA DO DÉBITO: ____/____/____ VALOR: _____
 DESCONTO EM FOLHA
 MATRÍCULA: _____ ORGÃO: _____ DATA DO DESCONTO: ____/____/____ VALOR: _____

TIPOS DE BENEFÍCIOS:	QT	TIT	DEP.	OBS:	VALOR UNITÁRIO
AUXÍLIO FUNERAL: (PLANO OPCIONAL)					
PLANO DE SAÚDE: (PLANO OPCIONAL)					
CARTÃO DE CRÉDITO:					
ASSIST. JURÍDICA: (PLANO OPCIONAL)					
ASSIST. MÉDICA DOMICILIAR: (PLANO OPCIONAL)					
CARTÃO FARMÁCIA					
					VALOR TOTAL

DEPENDENTES	PARENTESCO	DT. NASC.	OBS:
1			
2			
3			
4			

AGENCIADOR: _____ Local e Data _____ Assinatura do proponente _____

O SEU INGRESSO ESTÁ ISENTO DE QUALQUER PAGAMENTO DIRETO AO AGENCIADOR TODAS AS MENSALIDADES SERÃO EFETUADAS DIRETO A SASPB

SASPB REQUERIMENTO DE AVERBAÇÃO E DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE BANCÁRIA

Nº _____ CÓDIGO Nº _____

CÓDIGO _____ FICHA Nº _____ CÓDIGO DO ORÇÃO / EMPRESA NA SASPB _____

ORÇÃO EMPRESA - AVERBADOR _____

NOME DO REQUERENTE _____

BANCO - NOME _____ NÚMERO _____ AGÊNCIA - NÚMERO _____ CONTA CORRENTE - NÚMERO _____

MATRÍCULA FUNCIONAL _____ ATIVO () NATIVO () PENSIONISTA () RG _____ CPF _____

AVERBAÇÃO ATUAL - VALOR _____ AUMENTO NO VALOR _____ VALOR TOTAL A DESCONTAR _____

TOTAL A DESCONTAR POR EXTENSO - VALOR _____

A PARTIR DO MÊS DE: _____ ANO _____ PELO PRAZO _____ IDENTIDADE / ORGÃO - DF _____

O (s) abaixo assinado (s) requer (s) V.Sª se digno mandar averbar em sua folha de pagamento e/ou efetuar o débito em sua Conta Corrente Bancária, em favor da SASPB o valor acima estabelecido, sujeito aos reajustes previstos em regulamento.

Contrato relativo à _____
 _____ de _____ de _____
 _____ ASSINATURA DO REQUERENTE

PROPOSTA EM NOME DE _____

 _____ CARIMBO E ASSINATURA

03- CERTIFICADO DE AVERBAÇÃO

CERTIFICO QUE FOI AVERBADO EM FAVOR DA SASPB A PARTIR DO MÊS DE _____
 A CONSIGNAÇÃO MENSAL CONFORME REQUERIMENTO ACIMA.
 _____ DE _____ DE _____
 ORÇÃO/EMPRESA - AVERBADOR - CARIMBO E ASSINATURA

Sem custo de Filiação no primeiro ano, após segundo ano será cobrado a taxa de anuidade de R\$ 20,00

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Autônomos e Ambulantes



Elegibilidade:

Todos os Vendedores Autônomos e Ambulantes devidamente associados à AVAASP.

Documentação:

- Cópia da Carteira de Associado e cópia da inscrição na Previdência Social como Contribuinte individual ou facultativo ou doméstico ou Segurado Especial; **ou**
- Declaração da Entidade e cópia da Inscrição no Cadastro Mobiliário de Contribuintes do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza na Prefeitura de seu Município.

Filiação no site:

www.avaasp.com.br

R\$ 30,00 anual



Elegibilidade – Advogado



Elegibilidade:

Advogados e estagiários de Direito regularmente inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil – Seção São Paulo (OAB-SP) e residentes no Estado de São Paulo.

Documentação:

- Advogados: cópia legível da Carteira definitiva da OAB-SP ou cópia da Certidão de Inscrição expedida pela OAB-SP.
- Estagiários: cópia da Carteira de Estagiário da OAB-SP ou cópia da Certidão de Inscrição expedida pela OAB-SP.

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Bacharel em Direito



Elegibilidade:

Bacharéis em direito associado à ABBDIR – Associação Brasileira de Bacharéis em Direito (ABBDIR).

Documentação:

- Cópia do Diploma ou cópia da Certidão de Graduação em Direito, obtido em instituição de ensino oficialmente autorizada e credenciada; e
- Comprovação de associação à Entidade (carteirinha **ou** comprovante de pagamento de associação **ou** declaração original da Associação) **ou** Termo de Adesão.





Associação Brasileira de Bacharéis em Direito
CNPJ: 08.043.083/0001-08

Termo de Adesão

Nome do Titular

Endereço Completo	Número	Complemento
-------------------	--------	-------------

Bairro	Cidade	CEP	UF
--------	--------	-----	----

Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil
--------------------	------	--------------

RG	Emissor	CPF
----	---------	-----

DDD Telefone	DDD Celular	DDD Comercial
--------------	-------------	---------------

E-mail

Faculdade / Campus	Ano de Formatura
--------------------	------------------

Anexar cópias de:
- Diploma
- Comprovante de residência

Observação:
- Isenção da anuidade até Junho de 2014
- Advogado com registro na OAB fica isento da anuidade

Local e data

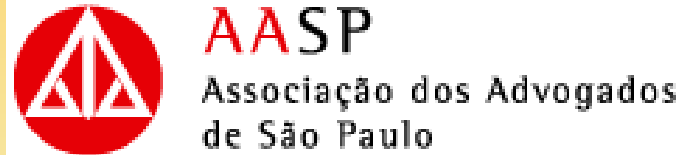
Assinatura

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Advogado



Elegibilidade:

Todos os advogados e estagiários em direito inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil associados à Associação dos Advogados de São Paulo (AASP).

Documentação:

- Cópia da carteira da OAB-SP; e
- Comprovante de vínculo associativo com a AASP (carteirinha da entidade **ou** declaração original de associado emitida pela entidade **ou** comprovante da contribuição em favor da AASP).

Associado		Estagiário	
Pacote I	R\$ 76,60		
Pacote II	R\$ 53,90		
Pacote III	R\$ 65,60		
Pacote IV	R\$ 47,50		
Benefícios		R\$ 25,80	Benefícios

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Engenheiro e Agrônomo



Elegibilidade:

Todos os Profissionais registrados em um dos Conselhos Regionais de Engenharia e Agronomia devidamente associados à MÚTUA.

Documentação:

- Cópia da Carteira do CREA/UF; e
- Cópia da Carteira da Mútua **ou** cópia do comprovante de pagamento da anuidade **ou** declaração da entidade.

Filiação no site:

www.mutua.com.br

Sócio Institucional – isento de taxa

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Engenheiro



Elegibilidade:

Todos os Engenheiros, arquitetos, agrônomos, geólogos, geógrafos, meteorologistas, tecnólogos, técnicos industriais e agrícolas e os estudantes destas profissões passíveis de registro no CREA-SP e devidamente associados ao SEESP.

Documentação:

Profissionais:

- Cópia da Carteira do CREA-SP **ou** cópia do Diploma; **e**
- Ficha de Inscrição de Sócio SEESP original devidamente preenchida e assinada.

Estudantes:

- Cópia da declaração/atestado da universidade ou da escola técnica **ou** cópia da última mensalidade quitada; **e**
- Ficha de Inscrição de Sócio SEESP original devidamente preenchida e assinada.





SE SINDICATO DOS ENGENHEIROS
ESP NO ESTADO DE SÃO PAULO

Sede própria: Rua Genebra, 25 - Cep 01316-901 - São Paulo - SP
Tel: (11) 3113-2620 - Fax: (11) 3113-2619 - cadastro.socio@seesp.org.br

Ficha de Inscrição de Sócio

DADOS PESSOAIS

Nome _____
Naturalidade _____ Data de Nascimento ____/____/____
Nacionalidade _____ Sexo Masc Fem
RG _____ Org. Exp. _____
Ceca _____ CPF _____

END. RESIDENCIAL

Cep _____ Cidade _____
End. _____ Nº _____
Compl. _____ Bairro _____
Tel _____ Fax _____ Cel _____
Email _____

DADOS PROFISSIONAIS

Empresa _____
Depto _____
Cargo _____ Faixa Salarial (Em salários Mínimos) ou valor _____

END. COMERCIAL

Cep _____ Cidade _____
End. _____ Nº _____
Compl. _____ Bairro _____
Tel _____ Fax _____

FORMAÇÃO

Escola _____
Titulação _____ Ano _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Empregado Desempregado Estudante Empresário Autônomo Aposentado Outros

Correspondência para Residência Comercial

Solicito minha inscrição como sócio do Sindicato dos Engenheiros no Estado de São Paulo.

São Paulo _____ de _____ de _____

Assinatura _____

Uso do Sindicato

Aprovado em ____/____/____

Matrícula _____

Assinatura do Presidente _____

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade - Administrador



Elegibilidade:

Todos os Administradores registrados no CRA-SP, bacharéis, Estudantes e Tecnólogos do curso de Administração associados ao SAESP.

Documentação:

Profissionais: Cópia da Carteira de Registro no CRA-SP **ou** cópia do Diploma registrado do curso de Administração **ou** Certificado de Conclusão do curso (este com data de emissão inferior a 3 (três) anos e que conste a data de colação de grau); **e**

– Termo de Filiação **ou** cópia do boleto da anuidade em exercício **ou** declaração da Entidade ou Ficha Cadastral de Associado ou cópia da Carteira do SAESP.

Estudantes: Cópia da declaração/atestado da Universidade **ou** última mensalidade quitada do curso de Administração; **e**

– Termo de Filiação **ou** cópia do boleto da anuidade em exercício **ou** declaração da Entidade ou Ficha Cadastral de Associado ou cópia da Carteira do SAESP.





PEDIDO DE FILIAÇÃO

PARA USAR O SAESP

SAESP Registro nº: _____

Tecnólogo Registro nº: _____

Estudante Registro nº: _____

Dados Pessoais

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino

Nacionalidade: _____ Natural de: _____

Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____

Estado Civil: _____ CPF: _____

RG: _____ Data de Emissão: ____/____/____ Órgão Emissor: _____

Endereço

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Nome Residencial: _____ Para Comercial: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Formação Acadêmica

Paralelo: _____ Curso: _____ Colégio: _____

Carreira: _____ Carga: _____

Estatuto: _____ Semestre: _____ Ano Colocação de Grau: _____

Apresentado: certificado diplomada Data de Expedição: ____/____/____

Local de Registro: _____ Número de Registro: _____

Forma de Pagamento

Na Seta Boleto Cobrança Anuidade Boleto emitido no site

Requisitório

Eu, Sr. Presidente do Sindicato dos Administradores do Estado de São Paulo

Com os dados acima especificados, solicito minha filiação neste Sindicato. Para tanto apresento a documentação solicitada.

Faz: _____

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Psicólogo



Elegibilidade:

Todos os psicólogos devidamente registrados no Conselho regional de psicologia de São Paulo (CRP-SP) e inscritos no Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo (SINPSI).

Documentação:

- Cópia da carteira de registro no CRP-SP; e
- Cópia do comprovante de associação ao SINPSI (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).





TERMO DE SINDICALIZAÇÃO

Eu, _____,
psicólogo(a) inscrito(a) no CRP-SP sob o número _____, venho, por este
termo, sindicalizar-me ao Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo (SINPSI).
Estou ciente de que todo e qualquer benefício oferecido terá continuidade enquanto eu
permanecer no quadro de sindicalizados adimplentes.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) psicólogo(a)

O signatário desse termo passa a garantir plenos direitos e deveres de sindicalizado, inclusive o acesso a todos os serviços e convênios disponíveis.

O Sindicato oferece um conjunto de serviços aos seus sindicalizados, tais como assistência jurídica, plano de saúde, descontos em livrarias, entre outros. Isso sem descuidar das lutas por maiores salários, redução da jornada de trabalho, ampliação de empregos de qualidade e luta por políticas público-sociais em favor da sociedade.

O SINPSI, fundado em 1973, tem carta sindical com data de 20 de agosto de 1973.

Rogério Giannini
Presidente do SINPSI

Rua Aimberê, 2.053 - Perdizes - CEP 01258-020 - São Paulo-SP

Sem custo de filiação

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Médico



Elegibilidade:

Todos os Médicos residentes e estudantes de Medicina devidamente associados à APM, em conformidade com o Estatuto da Entidade.

Documentação:

Médicos e residentes: Cópia do registro no CRM e do Termo de Ciência devidamente preenchido e assinado.

Acadêmicos: Cópia do comprovante de Matrícula no curso de Medicina e do Termo de Ciência devidamente preenchido e assinado.



TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, tenho ciência de que minha permanência como associado (a) esta condicionada ao cumprimento de minhas responsabilidades e obrigações estatutárias com esta Entidade, inclusive para manutenção dos benefícios oferecidos por meio desta.

Local de data: _____

Assinatura do proponente titular: _____

Filiação no site:
www.apm.org.br
Mensalidade: R\$ 104,00



Elegibilidade – Dentista



Elegibilidade:

Todos os Estudantes de graduação em Odontologia do Estado de São Paulo e os Profissionais da área odontológica (cirurgiões-dentistas) cuja categoria seja reconhecida pelo CRO-SP, desde que estejam associados à APCD.

Documentação:

Profissionais:

- Cópia do CRO-SP; e
- Cópia da Carteira da APCD **ou** Cópia do Boleto de pagamento da anuidade/mensalidade em exercício da Entidade **ou** Declaração original de sócio expedida pela Entidade **e** Termo de Ciência.

Estudantes sócios da APCD:

- Cópia da última mensalidade ou declaração da faculdade; e
- Cópia da Carteira da APCD **ou** Cópia do Boleto de pagamento da anuidade/mensalidade em exercício da Entidade **ou** Declaração original de sócio expedida pela Entidade **e** Termo de Ciência.





TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ inscrito(a) no CPF sob o nº _____, solicito minha filiação à Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (a "APCD").

Tenho ciência de que minha permanência como associado(a) está condicionada ao cumprimento de minhas responsabilidades e obrigações estatutárias com essa Entidade.

Local e data: _____ / _____ / _____.

Assinatura do(a) profissional: _____

Anuidade: R\$ 143,40*

Inscrição: R\$ 48,04*

Total: R\$ 191,44

* Valores podem sofrer alteração sem aviso prévio



PROPOSTA PARA SOCIO

Nº DE GERENCIADOR
PAULISTA PERMANECENDO CENTRAL

EFETIVO RECEM FORMADO ACADÊMICO NACIONAL AFIM EXTERIOR

NOME _____

Nº CÉD. _____ UF _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ SOLTEIRO CASADO VIÚVO DESOLUÍDO DIVORCIADO

DATA DE NASC. _____ LOCAL DE NASCIMENTO _____ UF _____ NACIONALIDADE _____

Nº REG. _____ UF _____ Nº C.C.R.F. _____ FORMADO NO ANO DE _____ 1ª SEM. _____ 2ª SEM. _____

PROVAVEL. CONCLUSÃO DO CURSO DE _____ FACULDADE _____ 1ª SEM. _____ 2ª SEM. _____

FILIAÇÃO PAI _____

Mãe _____

ONDE DESEJA RECEBER CORRESPONDÊNCIA? RESIDÊNCIA CONSULTÓRIO

DIRETORIO RESIDENCIAL _____

COMPLEMENTO _____ CEP _____

CIDADE _____ BARRIO _____ UF _____

RUA _____

DIRETORIO CONSULTÓRIO _____

COMPLEMENTO _____ CEP _____

CIDADE _____ BARRIO _____ UF _____

RUA _____

TELEFONE RESIDENCIAL DDD _____ TEL. _____ FAX _____

TELEFONE CONSULTÓRIO DDD _____ TEL. _____ FAX _____

TELEFONE CELULAR DDD _____ TEL. _____ EMAIL _____

CPD/CV/LGTA SIM NÃO AREA(S) _____

REQUERIMENTO

Viendo através desta, requerer minha adesão ao quadro associativo desta entidade e após análise e aprovação, autorizo a APCD emitir o documento de cobrança bancária (boleto mensal), cobrando juntamente o Seguro de Responsabilidade Civil.

SÓCIO ACADÊMICO	
NOME DO DIRETOR OU SECRETÁRIO DA FACULDADE	CARETIGO E ASSINATURA DA FACULDADE
LOCAL, DIA _____ DE _____ DE _____	ASSINATURA SÓCIO _____

APROVAÇÃO DA PROPOSTA - REGIONAL

SECRETARIO REGIONAL - DOTA DE ENTIDADE E TIPO _____	SECRETARIO REGIONAL - DOTA DE ENTIDADE E TIPO _____
SECRETARIO SOCIAL - APCD CENTRAL - DOTA E TIPO _____	SECRETARIO SOCIAL - APCD CENTRAL - DOTA E TIPO _____

Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde



Elegibilidade – Vendas Diretas



Elegibilidade:

Todos os beneficiários titulares todos os profissionais revendedores de produtos e/ou serviços no segmento de venda direta associados a Associação Brasileira de Empresas de Vendas Diretas (ABEVD).

Documentação:

- Cópia de 3 Notas Fiscais do revendedor de uma das empresas de venda direta associadas à ABEVD, referentes ao período de 12 meses, que antecede a vigência; e
- Termo de Filiação devidamente preenchido e assinado.



- Amway
- Belcorp
- Cidiz
- Dokmos
- Herbalife
- Infocusweb
- Jafra
- Juvalia
- Mary Kay
- Natura
- Perfam Brasil
- Pierre Alexander
- Rede Brascon
- UP Comercial de Cosméticos
- Viver Company Comércio de Cosméticos Ltda.
- Sophie & Juliete - Róia / Catálogo Torres
- Avon Cosméticos Ltda
- Cellcred
- De Millus
- Eismann
- Hinode
- Inspiração Perfumes
- JEQUITI
- Marisa (Marisa Venda Direta)
- Monavie Brasil
- OAK Cosmetics
- Photon | Kenko Patto
- Polishop
- Tupperware

Sem custo de filiação



REQUERIMENTO DE ASSOCIAÇÃO

PESSOA FÍSICA

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de Nascimento: _____

Solicito minha associação à Associação Brasileira de Empresas de Vendas Diretas (ABEVD), como associado(a), nos termos do Art. 13 do Estatuto Social, considerando que exerço a atividade profissional de revendedor(a) de produtos ou serviços e mantenho relação comercial com a(s) empresa(s) de venda direta filiada(s) à ABEVD.

EMPRESAS ASSOCIADAS À ABEVD: _____

Estou ciente e concordo que minha condição de Associado(a) dessa Entidade está condicionada à minha permanência como Revendedor(a) Ativo(a) de produtos e/ou serviços de uma das Empresas Associadas à ABEVD.

Por ser verdade, firmo o presente requerimento.

Local e data _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente _____



Elegibilidade – Enfermeiro



Elegibilidade:

Todos os Enfermeiros, técnicos em Enfermagem e auxiliares de Enfermagem registrados no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) e devidamente associados ao Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEESP).

Documentação:

- Cópia da Carteira de Registro no COREN-SP **ou** cópia do Diploma ou Certificado de Conclusão de curso das categorias “informadas”; **e**
- Cópia da Carteira do SEESP e boleto de pagamento da anuidade/mensalidade em exercício **ou** declaração de associado original **ou** Termo original de sindicalização devidamente assinado.



Sindicalização Atualização

Venho solicitar o ingresso no quadro de associados desta Entidade, declarando conhecer seu Estatuto e obrigando-me a cumpri-lo integralmente.

Dados Pessoais:

Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone: _____ Data de Nascimento: _____
RG: _____ CPF: _____ COREN: _____
E-mail: _____ Sexo: () Masc () Fem

Dados Profissionais:

Razão Social: _____
Endereço: _____
Cargo: _____ Telefone: _____

Opções de Pagamento:

() Boleta Bancária - Mensal
() Anuidade - Estudantes
() Holerite*
*Autorizo o desconto mensal em holerite no valor selecionado a favor da Entidade consignatária em referência.

Valores:

() Enfermeiro / Capital - R\$20,00
() Enfermeiro / Interior - R\$15,00
() Sócio Especial - R\$12,00
() Estudantes - Taxa Anual

Dependentes:

Deseja cadastrar dependentes: () Sim () Não

Nome: _____ Nasc. _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Nasc. _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Nasc. _____ Parentesco: _____

Local: _____ **Data:** _____

Assinatura: _____

Mais informações no site:

www.seesp.com.br

Taxa de filiação: R\$ 20,00 mensal



Profissionais

Qual a sua profissão?

Qual sua formação acadêmica?

Você é autônomo ou CLT?

Você estuda?



Profissionais

Você é funcionário público?

Você terá dependentes?

Quais serão os dependentes?

Ele tem alguma formação?

É estudante?



Dúvidas?



Proibida a reprodução – material exclusivo Qualicorp – Soluções em saúde

