

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Antes de preencher o formulário de inclusão, leia com atenção estas instruções.

1º. Marque a opção no topo do formulário conforme legenda a seguir:

- Nova Adesão: nova inclusão de titular com respectivo grupo familiar (se aplicável).
- Troca de Plano: contratante já possui Plano e deseja alteração (ex.: Global x Hospitalar ou Privativo x Semiprivativo)
- Inclusão de Dependente: contratante já possui Plano e deseja incluir no mesmo contrato novo dependente legal.

Para todas as opções acima deve ser encaminhada a documentação padrão de inclusão, conforme informações a seguir.

2º. Preencher a seção **DADOS DO USUÁRIO TITULAR** com os dados do agregado do funcionário ou o participante da Gerdaui Previdência, que será o responsável financeiro, com exceção aos menores de idade que necessitam de um contratante responsável.

3º. Preencher o campo **DEPENDENTES** com os dados dos familiares do titular. Somente serão aceitos como dependentes os dependentes legais do titular.

4º. Os campos DEP (grau de dependência) e EC (estado civil) devem ser preenchidos conforme legenda no rodapé do Formulário.

5º. Para inclusão de **menores de idade como titulares** é indispensável informar o CPF do próprio beneficiário, não sendo aceito o CPF da mãe, e preencher o campo CONTRATANTE, no final da declaração de adesão.

6º. O número da declaração de nascidos vivos é exigido para nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010 e consta na certidão de nascimento (DNV - Declaração Nascido Vivo).

7º. O número do cartão nacional de saúde é necessário quando o dependente não tiver registro do nome da mãe.

8º. Documentos necessários:

- Formulário de adesão;
- Declaração de adesão assinada pelo titular, conforme documento de identidade;
- Cópia do CPF e RG (titular e dependentes);
- Cópia do Comprovante de Residência.

Para os dependentes:

- Cópia do RG e CPF do dependente;
- Filhos (as): cópia do RG ou certidão de nascimento.
- Cônjuge ou companheiro (a): cópia do RG e certidão de casamento ou união estável.

9º. A documentação deverá ser encaminhada devidamente preenchida e assinada para SSG – Via Autoatendimento (se colaborador ativo) ou para Gerdaui Previdência (se inativo participante do plano de aposentadoria).

10º. Ao assinalar a opção **boleto bancário** como forma de pagamento deve-se preencher o campo **e-mail** para envio da fatura mensal, visto que a Unimed Porto Alegre agora dispõe a fatura digital em substituição à versão física. Assim, a fatura será enviada ao e-mail cadastrado, bem como estará disponível ao cliente no site (www.unimedpoa.com.br).

11º. Para consultar a rede credenciada, basta acessar diretamente no site: www.unimedpoa.com.br -> Guia Médico -> Guia Médico Nacional -> Procurar -> Busca Detalhada -> Informar Estado e Cidade.

12º. Informamos que, ao contratar o Plano, você deverá consultar as informações através do site da Unimed Porto Alegre ou demais canais de atendimento, como o telefone 4004-2040 e o aplicativo "Unimed POA".

IMPORTANTE:

- Adesões **enviadas para a Unimed até o dia 15 de cada mês** vigorarão para o primeiro dia do mês seguinte.
- Após esta data, vigorarão para o **primeiro dia do mês posterior ao mês seguinte.**
- **Ao aderir e contratar um dos planos, todo o relacionamento e atendimento somente será feito, através dos canais de atendimento do plano de saúde.**

SOLICITAÇÃO DE ADESÃO

PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

[] Nova Adesão [] Troca de Plano [] Inclusão de dependentes

DADOS DO USUÁRIO

TITULAR

1	Nome				Data Nascimento		Sexo	EC
	Endereço			Bairro		Cidade		
	UF	CEP	Nome da mãe		Telefone			
					()			
CPF				Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde		

DEPENDENTES

1	Nome				DEP	Data Nascimento		Sexo	EC
	Endereço			Bairro		Cidade			
	UF	CEP	Nome da mãe		Telefone				
					()				
CPF				Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde			

2	Nome				DEP	Data Nascimento		Sexo	EC
	Endereço			Bairro		Cidade			
	UF	CEP	Nome da mãe		Telefone				
					()				
CPF				Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde			

3	Nome				DEP	Data Nascimento		Sexo	EC
	Endereço			Bairro		Cidade			
	UF	CEP	Nome da mãe		Telefone				
					()				
CPF				Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde			

FORMA DE PAGAMENTO: () Boleto Bancário () Desconto em folha (opção somente para aposentado titular)

E-mail para envio do boleto bancário: _____

DEP (Grau de Dependência): 02 – Esposo (a), 03 - Companheiro (a), 04 - Filho (a)

EC (Estado Civil): 1 – Solteiro (a), 2 – Casado (a), 3 – Viúvo (a), 4 – Separado (a), 5 – Divorciado (a), 10 – Outros

OPÇÕES DE PLANO PRÉ-PAGAMENTO

- () Unimax Global Semiprivativo 20-01-36
 () Unimax Global Privativo 20-01-37
 () Unimax Hospitalar Semiprivativo 20-12-03
 () Unimax Hospital Privativo 20-12-02

Beneficiário Unimed CNU/BH? () SIM () NÃO

Data Inclusão: ____/____/____
 Data Exclusão: ____/____/____

CPF do empregado ou ex-empregado Gerdau: NP (Nº Pessoal) ou matrícula:

____/____/____-____

Nome do empregado ou ex-empregado Gerdau:

____/____/____

Data de admissão na Gerdau ou Data da Opção na Gerdau Previdência (Autopatrocínio ou BPD) ou Req. de Aposentadoria (se aplicável): ____/____/____

DECLARAÇÃO DE ADESÃO

Declaro, para os devidos fins e efeitos, que, na condição de USUÁRIO TITULAR, acima qualificado, tenho pleno conhecimento e aceito os termos, cláusulas e condições do contrato de assistência à saúde do qual solicito minha adesão, disponíveis nos sites Gerda Intranet ou www.gerdauprevidencia.com.br.

Autorizo que a Unimed Porto Alegre efetive a cobrança dos valores decorrentes deste contrato de assistência à saúde, diretamente da minha pessoa. Neste sentido, tenho pleno conhecimento e autorizo que, na hipótese de eu não efetuar o pagamento dos valores cobrados pela Unimed Porto Alegre, esta poderá inscrever meu nome junto ao cadastro negativo do Serviço de Proteção ao Crédito, bem como, emitir duplicata de serviços prestados e levá-la ao apontar junto ao Tabelionato de Protestos Cambiais.

Declaro, ainda, ter ciência que a adesão e permanência neste Plano de Assistência à Saúde está condicionada à existência de vínculo com a Gerda ou Gerda Previdência.

_____/_____/_____
Local Data Assinatura do Contratante

Preencher em caso de inclusões de menores de idade como titulares:

[illegible]