

## **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 Gerdau 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 da Certidão de Casamento ou Declaração Pública de União Estável (em caso de cônjuge);
- Cópia do Comprovante de Residência.

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

**10º.** Os beneficiários que possuem plano ativo ou inativo com a Central Nacional Unimed deverão preencher as respectivas datas para, desta forma, realizarmos o aproveitamento de carências.

**11º.** 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](http://www.unimedpoa.com.br)).

**12º.** Para consultar a rede credenciada, basta acessar diretamente no site: [www.unimedpoa.com.br](http://www.unimedpoa.com.br) -> Guia Médico -> Guia Médico Nacional -> Procurar -> Busca Detalhada -> Informar Estado e Cidade.

**13º.** 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          |          |     |             |  |                                  |          |                          |                 |      |      |    |
| <b>1</b>         | 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      |          |     |             |  |                                  |          |                          |                 |      |      |    |
| <b>1</b>         | 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 |                 |      |      |    |
|                  |          |     |             |  |                                  |          |                          |                 |      |      |    |
| <b>2</b>         | 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 |                 |      |      |    |
|                  |          |     |             |  |                                  |          |                          |                 |      |      |    |
| <b>3</b>         | 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 CNU?** ( ) 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): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

