

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 do titular (contratante).

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).

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.**

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 CNU? () SIM () NÃO

Data Inclusão: ____/____/____

Data Exclusão: ____/____/____

CPF do **empregado** ou **ex-empregado** Gerdau:

____-____-____

NP 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 Gerdau 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 aponte 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 Gerdau ou Gerdau Previdência. Desta forma, quando o vínculo com a Gerdau ou Gerdau Previdência do empregado/aposentado _____ for encerrado, a exclusão do plano de assistência à saúde será processada.

_____ / _____ / _____
Local Data Assinatura do Contratante

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

Contratante responsável pelo menor (somente em casos inclusões de menores de idade como titulares)					
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	