

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

O correto preenchimento reduz o tempo de cadastramento do beneficiário e evita a sua devolução. Portanto, em caso de dúvidas, siga atentamente as instruções de preenchimento, registrando os dados nos campos de maneira legível, em letra de forma e sem emendas ou rasuras.

**DADOS DA EMPRESA**

**NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** – preencher com o nome (Razão Social) da Empresa Contratante. **Não abreviar nenhum nome.**

**NOME DA EMPRESA INTERVENIENTE** – preencher com o nome (Razão Social) da Empresa Interveniente. **Não abreviar nenhum nome.**

**DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR**

**CPF** – preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do beneficiário titular.

**NOME** – preencher com o nome completo do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**

**EST. CIVIL** – preencher com o estado civil do beneficiário titular, conforme apresentado: Casado – (C) | Solteiro – (S) | Divorciado – (D) | Separado Judicialmente/Desquitado – (J) | Viúvo – (V).

**DATA DE NASCIMENTO** – preencher com a data de nascimento do beneficiário titular, no formato DD/MM/AAAA.

**SEXO** – preencher com (M), se o beneficiário titular for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.

**RG** – preencher com o número do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.

**ÓRGÃO** – preencher com o órgão expedidor do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.

**CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** – preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário titular.

**NOME DA MÃE DO TITULAR** – preencher com o nome completo da mãe do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**

**PLANO ANTERIOR** – assinalar com um “x” de acordo com a situação do beneficiário titular, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.

**QTO TEMPO** – preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário titular no plano de saúde anterior.

**QUAL OPERADORA** – preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário titular mantinha o plano de saúde anterior.

**CONDIÇÕES PROMOCIONAIS** – preencher com o número da condição promocional correspondente ao beneficiário titular. **Para obter mais informações sobre as condições promocionais, verifique o Aditivo vigente à época da contratação.**

**ENDEREÇO**

**ENDEREÇO RESIDENCIAL** – preencher com o endereço residencial do beneficiário titular. **Neste campo preencher apenas o nome do logradouro, sem número ou complemento.**

**NÚMERO** – preencher com o número do endereço residencial do beneficiário titular.

**COMPLEMENTO** – preencher com o complemento do endereço residencial do beneficiário titular.

**BAIRRO** – preencher com o bairro do endereço residencial do beneficiário titular.

**CEP** – preencher com o número do CEP (Código de Endereçamento Postal) do endereço residencial do beneficiário titular, **com 8 dígitos.**

**CIDADE** – preencher com a cidade de domicílio do beneficiário titular.

**UF** – preencher com a UF (Unidade da Federação) da cidade do domicílio do beneficiário titular.

**TELEFONE** – preencher com o nº de telefone de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.

**CELULAR** – preencher com o número de telefone celular de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.

**E-MAIL** – preencher com o e-mail (endereço eletrônico) do beneficiário titular, se possuir.

**SELECIONE O PLANO CONTRATADO**

Assinalar com um “x” o plano escolhido para o beneficiário titular e seus dependentes inscritos.

**OPCIONAIS**

Assinalar com um “x” os serviços opcionais escolhidos que devem ser incluídos para o beneficiário titular e seus dependentes inscritos.

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

**CPF** – preencher com o número do CPF de cada beneficiário dependente, mesmo sendo menor de 18 (dezoito) anos.

**NOME** – preencher com o nome completo de cada beneficiário dependente. **Não abreviar nenhum nome.**

**EST.CIVIL** – preencher com o estado civil de cada beneficiário dependente, conforme apresentado: Casado – (C) | Solteiro – (S) | Divorciado – (D) | Separado Judicialmente/Desquitado – (J) | Viúvo – (V).

**DATA DE NASC.** – preencher com a data de nascimento de cada beneficiário dependente, no formato DD/MM/AAAA.

**SEXO** – preencher com (M), se o beneficiário dependente for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.

**RG** – preencher com o número do Documento de Identificação (RG) de cada beneficiário dependente.

**ÓRGÃO** – preencher com o órgão expedidor do Documento de Identificação (RG) de cada beneficiário dependente.

**CARTÃO NAC. DE SAÚDE** – preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde de cada beneficiário dependente.

**PLANO ANTERIOR** – assinalar com um “x” de acordo com a situação do beneficiário dependente, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.

**QTO TEMPO** – preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário dependente no plano de saúde anterior.

**QUAL OPERADORA** – preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário dependente mantinha o plano de saúde anterior.

**CONDIÇÕES PROMOCIONAIS** – preencher com o número da condição promocional correspondente ao beneficiário dependente. **Para obter mais informações sobre as condições promocionais, verifique o Aditivo vigente à época da contratação.**

**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

**IDENTIFICAÇÃO** – O beneficiário titular deverá ler, datar e assinar, assim como o Representante da Unimed-Rio.

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito obrigatoriamente pelo beneficiário titular, que deverá declarar por si e por seus dependentes, saber ser(em) ou não, portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

O preenchimento das perguntas é de caráter obrigatório e não poderá apresentar qualquer tipo de rasura. As respostas (“S” – sim; “N” – não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada beneficiário, devidamente identificado no cabeçalho.

Não deixar de declarar qualquer patologia por entender que a mesma não é de importância. Todas as informações são importantes para a análise médica. Deverão também ser preenchidos os campos de peso e altura do beneficiário titular e beneficiário(s) dependente(s) se existentes.

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**Nº DO ITEM** – preencher com o número de cada pergunta respondida com “S” (sim) na Declaração de Saúde.

**TITULAR/DEPENDENTE(S)** – assinalar com “x” referente ao beneficiário que teve “S”(sim) no item descrito.

**ANO DO EVENTO** – preencher com o ano em que ocorreu o evento correspondente ao item descrito.

**DESCRIÇÃO DO EVENTO** – preencher detalhadamente com informações referentes ao evento, tais como: datas, tratamentos realizados, situação atual etc.

A Unimed-Rio poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar com o objetivo de esclarecer as dúvidas originadas no processo de preenchimento da Declaração de Saúde.

**DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR**

O beneficiário titular deverá assinalar com “x” no campo correspondente à forma escolhida para o preenchimento da Declaração de Saúde. Deverá obrigatoriamente datar e assinar.

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR**

Se o beneficiário titular optar pelo auxílio de um médico para prestar orientações para o preenchimento da Declaração de Saúde, o mesmo deverá assinar e carimbar.

**DECLARAÇÕES FINAIS**

O beneficiário titular deverá ler, datar e assinar, além de optar por autorizar ou não a Unimed-Rio a utilizar os dados fornecidos para fins de comunicação institucional ou operacional.

**TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS.**