

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.