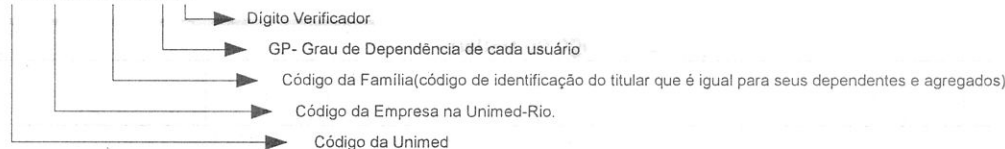


INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Descrição da Codificação do Cartão Magnético

XXXX.XXXX.XXXXXX.XX-X



DADOS DA EMPRESA - CÓDIGO DO USUÁRIO

- Nome da Empresa Contratante**
Preencher com o nome da empresa.
- Código da Empresa**
Preencher com o código da empresa na Unimed.
- Código do Usuário**
Preencher com o código da família do USUÁRIO TITULAR na Unimed. Só não preencher no caso de inclusão de novas famílias, exceto, para as empresas que fornecem os códigos, nestes casos, é imprescindível o preenchimento.
- GP (Grau de Parentesco)**
Preencher apenas com o Grau 00 - Titular, quando o Tipo de Solicitação se referir ao USUÁRIO TITULAR. Para dependentes/agregados, preencher o GP no campo 32.
- Tipo de Solicitação(para cada tipo de Solicitação e/ou família, utilizar formulários separados).**
 - INCLUSÃO DE FAMÍLIA (novo titular com ou sem grupo familiar)
Preencher do campo 1 ao 47.
 - OBS.: CADASTRAMENTO EM OUTRAS UNIMEDS**
O atendimento dar-se-á a partir do 1º dia do mês subsequente, desde que entregue no prazo estabelecido.
 - ALTERAÇÃO DE DADOS CADAISTRAS
Preencher os campos 1 a 5 (para titular) ou 1 a 5 e 32 (para dependentes/agregados), e somente os campos a serem alterados, e 46 a 47. No caso em que o cartão de identificação sofre alteração, o cartão incorreto deverá ser devolvido logo após o recebimento do cartão com as alterações.
 - INCLUSÃO DE DEPENDENTES/AGREGADOS
Preencher os campos 1 a 3, 5, 32 a 47.
 - OBS.: INCLUSÃO DE RECÉM NATO e RECÉM-CASADO:** deverá ser feito no menor tempo possível até o 30º dia da data de nascimento/casamento. Após este prazo, sofrerá todas as carências contratuais.
 - INCLUSÃO DE AGREGADOS:** observar condição contratual.
 - TRANSFERÊNCIA DE PLANO
Preencher os campos 1 a 5, 21 ou 22 e 23 e/ou 24 ou 25 ou 26 ou 27 (para titular), ou 1 a 3, 5, 32, 34, 38 e 39 (para dependente/agregado) e 46 a 47. Para transferência do grupo familiar, identificar também o código de todos os usuários no campo 32. Na transferência de plano, o cartão do plano anterior deverá ser devolvido logo após o recebimento do cartão do novo plano.
 - INCLUSÃO DE PRODUTO OPCIONAL
Preencher os campos de 1 a 5 (para titular) e assinalar com "x" nos campos 28 e/ou 29 e/ou 30 e/ou 31 e 46 a 47 ou os campos 1 a 3 e 5 (para dependentes/agregados) e 32 assinalar com "x", os campos 40 e/ou 41 e/ou 42 e/ou 43 e 46 a 47, para inclusão de produto opcional.
 - TRANSFERÊNCIA DE CÓDIGO PARA | | | | |
Preencher os campos 1 a 5, e com o código da empresa que o usuário deverá ser transferido e 46 a 47. Para transferência do grupo familiar, identificar também o código de todos os usuários no campo 32.
Nas transferências de código, o cartão do código anterior deverá ser devolvido logo após o recebimento do cartão do novo código.

DADOS USUÁRIO TITULAR

- Nome do Usuário Titular**
Preencher com o nome do USUÁRIO TITULAR. Não abreviar o primeiro e o último nome.
- Lotação**
Preencher com a lotação com até 8 dígitos numéricos. Este nº é utilizado para separar cartões por filial, agência, departamento, etc. O preenchimento deste campo fica à critério da empresa, porém, quando preenchido pela 1ª vez, enviar ao Cadastro a relação com o nome da lotação codificada.
- LCAT (Local de Atendimento)**
Preencher com a cidade ou código da Unimed onde o USUÁRIO TITULAR reside. Relação de Unimed's e Área de ação (cidades) constam no final do Guia Médico.
- C.P.F.**
Preencher com o CPF (Cadastro de Pessoa Física) do USUÁRIO TITULAR.
OBS.: Caso não possua CPF, preencher obrigatoriamente o campo 10.
- Número do PIS/PASEP ou Cartão Nacional de Saúde**
Preencher com o número do PIS/PASEP ou do Cartão Nacional de Saúde.
OBS.: Caso não possua PIS/PASEP ou Cartão Nacional de Saúde, o campo 9 deverá ter sido preenchido obrigatoriamente.
- Data de Nascimento**
Preencher com a data de nascimento do USUÁRIO TITULAR, no formato DD/MM/AAAA.
OBS.: Data de Nascimento incorreta poderá dificultar o atendimento e acarretar cobrança de valores incorretos.
- S (Sexo)**
Preencher com (M), se o USUÁRIO TITULAR for do sexo masculino ou (F) se for do sexo feminino.
- EC (Estado Civil)**
Preencher com o estado civil do USUÁRIO TITULAR, conforme: C (casado), S (solteiro), D (divorciado), J (separado judicialmente/desquitado) ou V (viúvo).
- Nome da Mãe do Usuário Titular.**
Preencher com o nome da MÃE DO USUÁRIO TITULAR. Não abreviar o primeiro e o último nome.
- Endereço Residencial**
Preencher com o endereço residencial do USUÁRIO TITULAR.
- Bairro**
Preencher com o bairro do endereço residencial do USUÁRIO TITULAR.
- CEP**
Preencher com os números do CEP (Código de Endereçamento Postal) do endereço residencial do USUÁRIO TITULAR, com 8 dígitos.
- Cidade**
Preencher com a cidade do endereço residencial do USUÁRIO TITULAR.
- UF**
Preencher com a sigla da Unidade Federativa (estado) do endereço residencial do USUÁRIO TITULAR.
- Telefone**
Preencher com o número do telefone residencial, telefone celular ou telefone comercial do USUÁRIO TITULAR, se possuir.

TIPO DE PLANO (TP)

OBS.: Verificar sempre os planos constantes do contrato.

- Empresas com código 2xxx e vigência a partir de Set/2000.**
Assinalar com "x" o plano escolhido pelo USUÁRIO TITULAR (este campo deverá ser assinalado apenas para empresas com contratos com início de vigência a partir de set/2000 e que possuam o código 2xxx).
Se o plano escolhido for o Completo (consultas, exames, procedimentos, tratamentos, internações clínicas e cirúrgicas e parto), assinalar apenas 1 dos itens de 1 a 6. Se o plano escolhido for o Hospitalar, assinalar apenas 1 dos itens de 7 a 12. No caso de escolha pelo UniPart (plano com co-participação nas consultas ou consultas e exames ambulatoriais), assinalar apenas 1 dos itens de 13 a 18, de acordo com a condição contratual. Se o plano escolhido foi o Personal, assinalar com um "X" o tipo de acomodação (quarto privativo ou quarto coletivo).
- Empresas com código 3xxx e vigência entre fev/1999 e fev/2000**
Assinalar com "x" o plano escolhido pelo USUÁRIO TITULAR e assinalar também o campo 23.

- Tipo de Acomodação - TR**
Assinalar com "x" a acomodação/rede assistencial escolhida pelo USUÁRIO TITULAR se o Tipo de Plano escolhido foi algum do item 22 (este campo deverá ser assinalado apenas para empresas com contratos firmados entre fev/1999 e fev/2000 e que possuam o código 3xxx).
 - Co-Participação no valor da consulta - CP**
Assinalar com "x" se a família deseja ou não co-participar no valor das consultas médicas e em quanto por cento (%) (este campo deverá ser assinalado apenas para empresas que possuam aditivo para esta modalidade e possuam os planos descritos no item 22).
 - Empresas com código 000x e vigência anterior a Jan/1999**
Assinalar com "x" o plano escolhido pelo USUÁRIO TITULAR (este campo deverá ser assinalado apenas para empresas com contratos com início de vigência anteriores a Jan/1999 e que possuam código 0xxx a 0xxx).
 - Empresas com código 2xxx vigência anterior a Jan/1999**
Assinalar com "x" o plano escolhido pelo USUÁRIO TITULAR (este campo deverá ser assinalado apenas para empresas com contratos com início de vigência anteriores a Jan/1999 e possuam código 2xxx).
 - Empresas com código 7xxx e vigência anterior a Jan/1999**
Assinalar com "x" o plano escolhido pelo USUÁRIO TITULAR (este campo deverá ser assinalado apenas para empresas com contratos com início de vigência anteriores a Jan/1999 e que possuam o código 7xxx).
- ## PRODUTOS OPCIONAIS PARA O USUÁRIO TITULAR
- Unimed Dental - UD**
Assinalar com "x" apenas quando o USUÁRIO TITULAR desejar contratar para si, o produto opcional ODONTOLOGIA (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).
 - Transporte Aeromédico -TA**
Assinalar com "x" apenas quando o USUÁRIO TITULAR desejar contratar para si, o produto opcional TRANSPORTE AEROMÉDICO (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).
 - SOS Unimed - SU**
Assinalar com "x" apenas quando o USUÁRIO TITULAR desejar contratar para si, o produto opcional SOS UNIMED (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).
 - SOS Viagem - SV**
Assinalar com "x" apenas quando o USUÁRIO TITULAR desejar contratar para si, o produto opcional SOS VIAGEM (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).

DADOS DOS USUÁRIOS DEPENDENTES/AGREGADOS

OBS.: Inscrever apenas os dependentes/agregados previstos em contrato.

- GP (Grau de Parentesco)**
Preencher com grau de parentesco do usuário dependente/agregado, conforme tabela grau de parentesco na frente da planilha.
- D (Dígito Verificador)**
Não preencher. Campo para uso exclusivo da Unimed.
- Nome dos Usuários Dependentes/Aggregados**
Preencher com o nome do usuário dependente/agregado. Não abreviar o primeiro e o último nome.
- S (Sexo)**
Preencher com (M), se o usuário dependente/agregado for do sexo masculino ou (F) se for do sexo feminino.
- EC (Estado Civil)**
Preencher com o estado civil do usuário dependente/agregado, conforme: S (solteiro), C (casado), D (divorciado), J (separado judicialmente/desquitado) ou V (viúvo).
- Data de Nascimento**
Preencher com a data de nascimento do usuário dependente/agregado, no formato DD/MM/AAAA.
OBS.: Data de Nascimento incorreta poderá dificultar o atendimento e acarretar cobrança de valores incorretos.
- TP (Tipo de Plano)**
Preencher com o nº ou a letra do tipo de plano escolhido pelos usuários dependentes/agregados dentre os constantes nos campos 21 ou 22 ou 25 ou 26 ou 27. Verificar sempre os planos constantes do contrato e a condição de igualdade de plano para todos os usuários do mesmo grupo familiar.
- TR (Tipo de Acomodação/Rede Assistencial)**
Preencher com o nº do tipo de rede do campo 23, se o TP foi o do campo 22 para os usuários dependentes/agregados. Se o TP foi o do campo 21 ou 25 ou 26 ou 27, não preencher este campo. Verificar sempre as redes constantes do contrato e a condição de igualdade de rede para todos os usuários do mesmo grupo familiar.
- UD (Unimed Dental)**
Assinalar com "x", apenas quando o usuário dependente/agregado desejar contratar o produto opcional Odontologia (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).
- TA (Transporte Aeromédico)**
Assinalar com "x", apenas quando o usuário dependente/agregado desejar contratar o produto opcional Transporte Aeromédico (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).
- SU (SOS Unimed)**
Assinalar com "x", apenas quando o usuário dependente/agregado desejar contratar o produto opcional SOS Unimed (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).
- SV (SOS Viagem)**
Assinalar com "x", apenas quando o usuário dependente/agregado desejar contratar o produto opcional SOS Viagem (somente se a empresa possuir aditivo para este produto opcional).
- LCAT (Local de Atendimento)**
Preencher com a cidade ou código da Unimed onde o usuário dependente/agregado reside. Relação de Unimed's e Área de ação (cidades) constam no final do Guia Médico.
- Nome da Mãe dos Usuários Dependentes/Aggregados**
Preencher com o nome da mãe do usuário dependente/agregado. Não abreviar o primeiro e o último nome.

ASSINATURA E CARIMBO

- Representante da Empresa**
O funcionário da empresa, responsável pelo preenchimento da planilha deverá preencher com o nome e carimbar. Campo obrigatório.
- Data**
O funcionário da empresa, responsável pelo preenchimento da planilha deverá datar. Campo obrigatório.
- Funcionário da Unimed**
O funcionário da Unimed, responsável pela recepção da planilha deverá preencher com o nome e carimbar. Campo obrigatório.
- Data**
O funcionário da Unimed, responsável pela recepção da planilha deverá datar. Campo obrigatório.
- Analista da Unimed**
Campo para uso exclusivo da Unimed.
- Data**
Campo para uso exclusivo da Unimed.