



**RN 412**

**Solicitação de Cancelamento do Plano**



**Unimed** 

# Local no componente de perfil do Canal do Beneficiário



A solicitação de cancelamento do plano fica em ícone no perfil do beneficiário, dentro do Canal do Beneficiário.

Sair

Unimed  
Paraná

CANAL DO BENEFICIÁRIO  
MARIA DA SILVA

Central de AgendamentoNotíciasViver BemVisualização Extrato

A- A+

Minhas configurações

Solicitação de cancelamento

Imprimir

Baixar PDF

**MARIA DA SILVA**

**Informações sobre o beneficiário**

Data de nascimento  
17/05/1900

CPF  
000.000.000-00

Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS  
000000000000000000

Número de matrícula do plano  
000000000000000000

Nome fantasia da pessoa jurídica contratante do plano  
UNIMED PARANÁ

**Informações sobre a operadora**

Nome fantasia  
UNIMED PARANÁ

Registro da operadora na ANS  
000000

**Prazo máximo previsto para carências**

Os prazos máximos previstos podem variar de acordo com a cobertura contratada, tipo de contratação, número de vidas no contrato coletivo e data de inclusão do beneficiário. Para mais informações, leia o contrato ou consulte o Serviço de Atendimento ao Cliente.

**Serviços de Atendimento ao Cliente**

Telefone:0800-414554

Rua Antônio Camilo, 283 - Tarumã - Curitiba/PR - CEP: 82.530-450

www.unimed.coop.br/parana

**Informações sobre o plano**

Nome do produto  
APS TOP - EMPRESARIAL

Número do registro do plano privado de assistência à saúde  
00000000

Número do contrato/apólice  
00000000

Segmentação assistencial do plano  
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Data de contratação do plano  
01/07/2014

Data de início da vigência do plano  
01/08/2014

Padrão de acomodação  
Individual

Tipo de contratação  
Coletivo Empresarial

Área de abrangência geográfica  
Regional B - Grupo de Municípios

Regulamentação do plano  
Plano regulamentado

Celebrado após 1º de Janeiro de 1999.

**Contatos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**

Disque ANS:0800 7019 656

www.ans.gov.br

Contato dos núcleos e fiscalização

# Quando beneficiário é dependente ou tem plano não regulamentado



Se um dependente clicar no botão de solicitação de cancelamento a mensagem ao lado será exibida.



## Solicitação de cancelamento



Somente o titular pode solicitar o cancelamento do plano de saúde.

## Solicitação de cancelamento



Somente planos regulamentados possuem a opção de cancelamento pelo sistema. Para mais informações entre em contato com a sua Unimed.



Se o beneficiário for de um plano não regulamentado e clicar no botão de solicitação de cancelamento, a mensagem ao lado será exibida.

# Quando beneficiário tem plano coletivo por adesão (empresarial) e não fez contato com a empresa



Quando um cliente com plano empresarial clicar na solicitação de cancelamento será perguntando se ele já fez contato com a empresa.

## Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.

Você já entrou em contato com a sua empresa para solicitar o cancelamento do plano?

Sim

Não



## Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.



Inicialmente você deve comunicar sua empresa para solicitar o cancelamento do plano.

Voltar

# Quando beneficiário tem plano coletivo por adesão (empresarial) e já fez contato com a empresa



Quando um cliente com plano empresarial clicar na solicitação de cancelamento será perguntando se ele já fez contato com a empresa

## Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.

Você já entrou em contato com a sua empresa para solicitar o cancelamento do plano?



Sim

Não



## Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.

Informe a data do cancelamento do plano solicitado na empresa.



# Quando beneficiário tem plano coletivo por adesão (empresarial) e já fez contato com a empresa



## Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo Empresarial'.

Informe a data do cancelamento do plano solicitado na empresa.



09/08/2017



Confirmar

Cancelar

Quando a data que o beneficiário entrou em contato com a empresa for inferior a 30 dias.

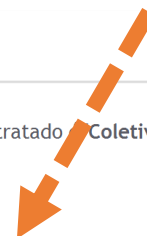


## Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.



A solicitação pela internet somente poderá ser realizada 30 dias após a solicitação para a sua empresa.



Voltar

# Tela de cancelamento



## Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente

Botão fica desabilitado  
enquanto não houver pelo  
menos um nome selecionado



Enviar solicitação

## Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo

# Tela do titular selecionado



## Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:



Será solicitado o cancelamento do plano para os beneficiários selecionados. Caso os dependentes tenham interesse em permanecer no plano, devem entrar em contato com a sua Unimed.

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input checked="" type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente



Enviar solicitação

Quando o titular é selecionado automaticamente todos os dependentes ficam marcados.

## Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo
------------------	------	---------------------	---------------------



# Tela dos dependentes selecionados



## Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input checked="" type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input checked="" type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente



Enviar solicitação

## Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo
------------------	------	---------------------	---------------------

# Tela de envio



Conforme consta na RN 412 o cliente precisa ter ciência do art.15. Portanto, antes de confirmar o envio da solicitação de cancelamento deve marcar a opção “Li e estou ciente...”.

**Solicitação de cancelamento**

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input checked="" type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO		dependente
<input type="checkbox"/>	0192080058			dependente
<input checked="" type="checkbox"/>	0192080234			dependente
<input type="checkbox"/>	0192080011			dependente

**Histórico de solicitações**

Número do cartão	Data de envio	Status	Protocolo
01920802348006685			
01920722475000013			

**Ao confirmar a solicitação será enviado para a sua Unimed o pedido de cancelamento do plano de saúde para o(s) seguinte(s) beneficiário(s):**

Número do cartão	Nome
01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL
01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO

**Antes de enviar, é preciso que esteja ciente das seguintes informações:**

**RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016**

Seção IV  
Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão

Subseção I  
Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento...

☒ Li e estou ciente das consequências do envio da solicitação de cancelamento (Art.15°)

**Confirmar solicitação** **Cancelar**

# Tela do número do protocolo



A ferramenta está integrada ao sistema Gestão de Protocolos Unimed (GPU), da Unimed do Brasil.

Assim que o cliente confirma o envio, um e-mail é enviado para a Unimed com os dados da solicitação de cancelamento.



### Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input checked="" type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input checked="" type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente

Solicitação de cancelamento enviada com sucesso.  
O comprovante da solicitação foi enviado para o e-mail  
abcdefg@gmail.com.

**Nº protocolo: 90853765251**



### Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data e hora	Número do protocolo
01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	11/09/2017 12:00	0405246251
01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/2017 12:00	63415296851

# Tela do histórico



## Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente

Enviar solicitação



## Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo
01920802348006685	ABNER JORGE DA SILVA	14/05/2017 12:00	20405246251
01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	14/05/2017 12:00	63415296851

# Tela do e-mail de aviso



**De:** noreply Portal Unimed <noreply@portalunimed.com.br>  
**Enviado em:** sexta-feira, 28 de julho de 2017 16:37  
**Para:** denise.recofka@portalunimed.com.br  
**Assunto:** Solicitação de cancelamento de plano

## SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Unimed 

Prezado,  
Recebemos a seguinte solicitação de cancelamento do plano de saúde do(s)  
seguinte(s) beneficiário(s):

**Titular:** ABDO JORGE MIGUEL  
**Número do cartão:** 02900056064498003

**Dependente:** ABEL JOÃO DE MELLO  
**Número do cartão:** 02900056064498003

**Número do protocolo:** 33521520170726900002  
**Data e hora da solicitação:** 26/07/2017 - 15:35

Por favor, não responda essa mensagem, pois a função é exclusivamente informativa.

[www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br)



# OBRIGADO

[atendimento@portalunimed.com.br](mailto:atendimento@portalunimed.com.br)  
(48) 3952-4400

**Unimed** 