

Alteração de Produto

Sumário


Acesso ao Portal	Etapa 01
Login/Senha	Etapa 02
Alteração de Produto.....	Etapa 03
Calendário de Alteração	Etapa 05
Acompanhamento do processo	Etapa 12
Status	Etapa 14
Identificando o motivo de rejeição	Etapa 15

Unimed 

somos
coop 







1

Acesse a página inicial da Unimed Blumenau através do Link:
<https://www.unimed.coop.br/site/web/blumenau>



**SERVIÇOS
AO CLIENTE**

*Serviços online que facilitam e
agilizam soluções para você!*

-  2ª Via de Boleto
-  Guia Médico
-  Contrate seu plano
-  Portal do Beneficiário
-  Fale Conosco
-  Atendimento ao Deficiente Auditivo

Unimed



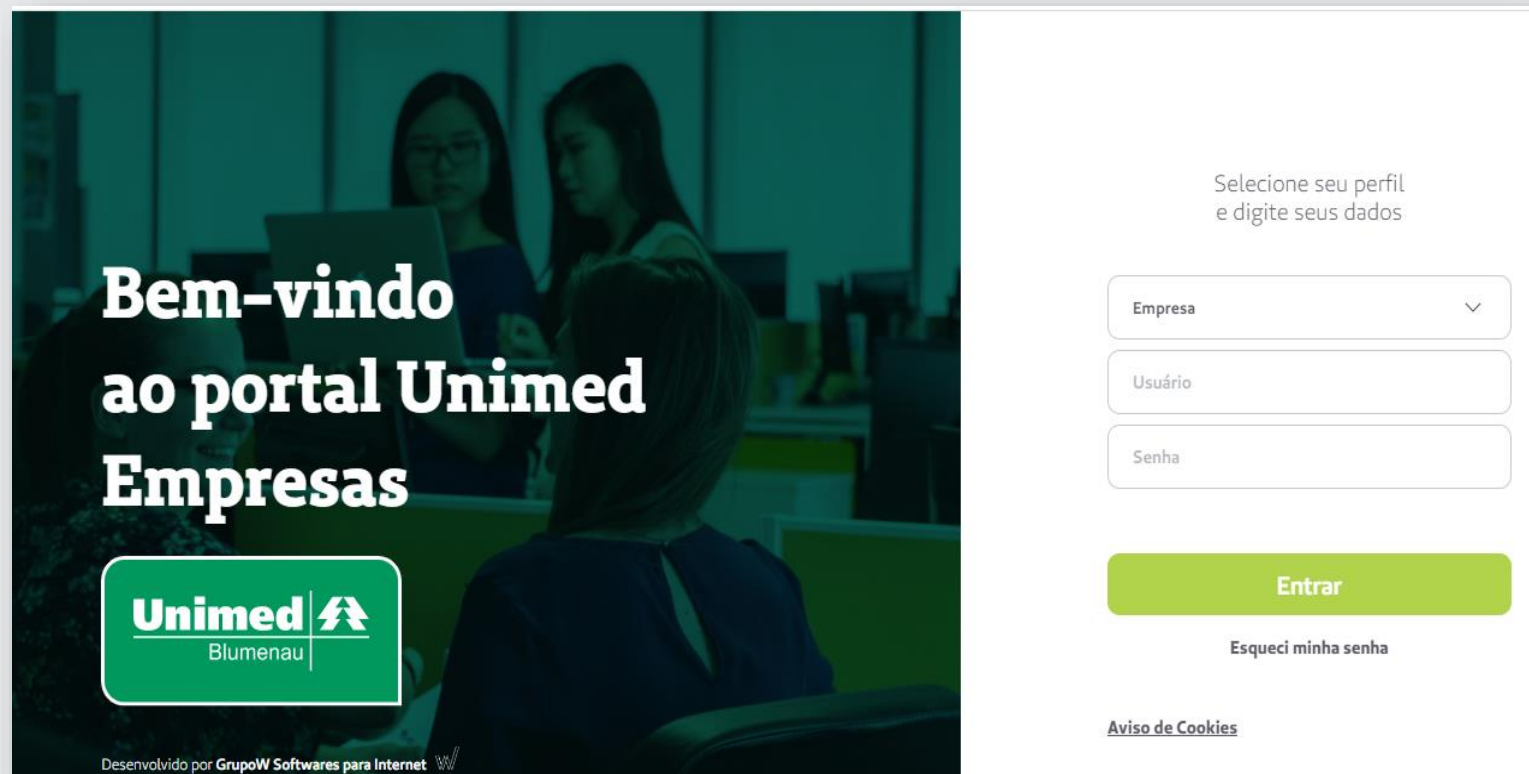
somos
coop

2

Tipo de usuário: Empresa

Usuário: Código da empresa

Senha: Senha padrão



The screenshot shows the login interface for the Unimed Blumenau portal. On the left, a dark teal banner features the text "Bem-vindo ao portal Unimed Empresas" in white, with the Unimed Blumenau logo below it. At the bottom of the banner, it says "Desenvolvido por GrupoW Softwares para Internet". On the right, a white login form contains the instruction "Selecione seu perfil e digite seus dados". Below this are three input fields: a dropdown menu labeled "Empresa", a text field labeled "Usuário", and a text field labeled "Senha". A green "Entrar" button is positioned below the fields, followed by a link "Esqueci minha senha". At the bottom right of the form area, there is a link "Aviso de Cookies".

Unimed



somos
coop

3 Alteração de Produto: Clique no menu “Gerenciar Beneficiários” – Procurar o titular já existente no plano através dos campos Beneficiário ou Carteirinha.

Após encontrar o titular, selecione o **checkbox** localizado ao lado do nome.

Clicar em “Alterar Produto”

Unimed Blumenau

ACESSIBILIDADE Aa + -

Código Contrato: 52023
Último acesso: 07/03/2022 18:01:13

Olá, SENIOR

BENEFICIÁRIOS

Beneficiário: **Carteirinha:**

Tipo de data: Data de: Data até: Grau de parentesco:

Matricula: Situação: Situação trabalhista:

<input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO	CARTEIRA	DATA CONTRATAÇÃO	DATA PREV. RESCISÃO	DATA RESCISÃO	TITULAR	TITULARIDADE	SITUAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	MARCELO LUIZ BUGMANN	002650880000070...	01/08/2002	31/12/2023			Titular	<input type="button" value="Ativo"/>

Unimed

somos
coop

4

Surgirá a mensagem abaixo alertando que a alteração será realizada também para os dependentes do titular selecionado.

Clicar OK para dar continuidade ao processo.



Atenção!

Informamos que a ação será realizada para os dependentes dos titulares selecionados, mesmo que não selecionados

Ok

5



Antes de continuarmos o processo, vejamos o **Calendário de Alteração de Produto**.

- Toda a solicitação até o dia 20 é processada para o 1º dia do próximo mês;
- Toda a solicitação pós dia 20 de cada mês será processada para o 1º dia do mês subsequente.

Unimed

somos
COOP

6

Deverá ser informado:

- Data da Alteração (conforme calendário);
- Produto escolhido.

Em seguida **Salvar**.

ALTERAR PRODUTO

CARTEIRA [REDACTED]	BENEFICIÁRIO [REDACTED]
TITULAR [REDACTED]	PRODUTO ATUAL Uniflex Vale Empresarial - Apto 20

Data alteração: [Calendar icon] [Dropdown arrow] **Produto:** [Dropdown arrow] Uniflex Vale Empresarial - Referência 20 [Dropdown arrow]

Observação:
[Text area]

Anexos:
Anexos [Add icon]

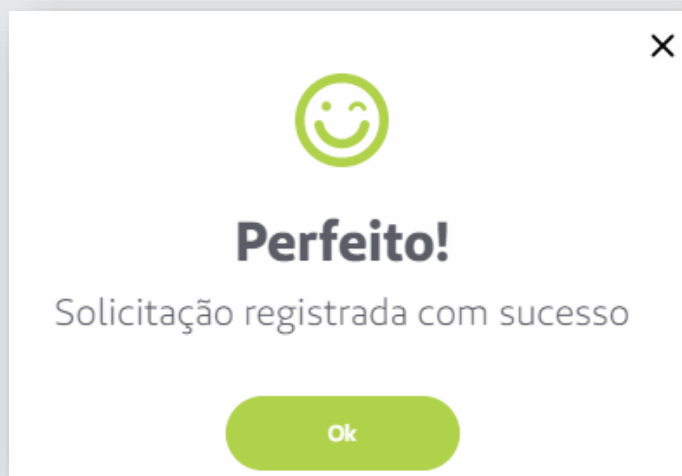
VOLTAR **SALVAR**

Unimed



somos
coop

- 7 Surgirá a mensagem abaixo alertando que solicitação foi registrada.



- 8 Ainda na mesma tela, ao lado da opção Salvar aparecerá a opção "Imprimir".

Clique na opção "Imprimir"



9



Surgirá no formato PDF o Formulário Cadastral de Alteração, devem ser confirmadas as informações e recolhida as assinaturas e carimbo necessários.

Alguns formulários poderão exigir assinatura do titular.

Unimed F3
www.unimedilumina.coop.br
SAC: 0800 647 0024

FORMULÁRIO CADASTRAL DE MANUTENÇÃO - CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

Empresa Contratante: **SENOR SISTEMAS S/A** Contrato nº: **5028**

Este formulário cadastral tem a finalidade de comunicar à Unimed Ilumina sobre:

Inclusão de Titular Inclusão de Dependente Alteração de Plano Outros

Plano escolhido: AMBIO FÁCIL S UNIFLEX Outros Regulamentados:

Abrangência geográfica escolhida: VALS ESTADUAL NACIONAL

Acomodação escolhida: HOSPITALAR APARTAMENTO

Capacitação escolhida: 0PL 1PL 2PL 3PL Registro de Plano na ANS: **4000004**

Benefício Residual Titular: **ROBERTO ACHTERBERG** N.P.: **148**

Contratante: **SALTILHO SALTILHO**
Cidade: **ILUMINA** UF: **SC** CEP: **89032201**
E-mail: **jornalinh@unimed.com** Celular: (51) 99003048 Telefone:

Nome do Titular TITULAR:

Data de Nascimento: **18/11/1980** Município e Estado de Nascimento: **ILUMINA/RS**
CPF: **038761990** RG, Orgão e UF: **30228 - SSP - SC** Data Exp. RG: **01/06/2018**
Estado Civil: **S** Sexo: **F** Nº Passaporte: Data de Admissão: **01/06/2018**
Filiação: **WALDELI** Matrícula:
Filiação: **WALTER** Matrícula:
Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

Nome do Dependente DEPENDENTE: **Parentesco: PO**

Data de Nascimento: **26/02/2008** Município e Estado de Nascimento: **ILUMINA/RS**
CPF: **730060430** RG, Orgão e UF: **4304400 - SSP - SC** Data Exp. RG: **01/06/2018**
Estado Civil: **S** Sexo: **M** Nº Passaporte:
Filiação: **JULIANA**
Filiação: **OSCARIANE**
Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

Nome do Dependente DEPENDENTE: **Parentesco:**

Data de Nascimento: Município e Estado de Nascimento:
CPF: RG, Orgão e UF: Data Exp. RG:
Estado Civil: Sexo: Nº Passaporte:
Filiação:
Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

Nome do Dependente DEPENDENTE: **Parentesco:**

Data de Nascimento: Município e Estado de Nascimento:
CPF: RG, Orgão e UF: Data Exp. RG:
Estado Civil: Sexo: Nº Passaporte:
Filiação:
Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

VEJA AS INFORMAÇÕES NO VERSO **VIGÊNCIA:**

FOR: 001 Data de Revisão: 22/06/2018 Rev. 09 UNIMED ILUMINA/RS - ANS 33.636-1

Unimed F3
www.unimedilumina.coop.br
SAC: 0800 647 0024

1 - Orientações para preenchimento do Formulário Cadastral

a) **Campos de Número:** Completos e sem abreviações, conforme constam no Registro Civil;
b) **Grupos de Parentesco:** ES - Espôsa(a), CP - Companheira(a), PO - Filho(a), EN - Entead(a);
c) **CPF:** Para todos os titulares e dependentes, com exceção para o beneficiário estrangeiro (que não possui CPF);
d) **Estado Civil:** C - Casado(a), D - Divorciado(a), S - Solteiro(a), V - Viúvo(a), U - União Estável;
e) **Sexo:** F - Feminino; M - Masculino; I - Indefinido;
f) **Nº Passaporte:** se estrangeiro(a), obrigatório informar o número do passaporte.

2 - Não serão permitidas rasuras em uso de corretivo em qualquer campo do Formulário Cadastral.

3 - Todos os campos do Formulário Cadastral são de preenchimento obrigatório.

4 - A CONTRATANTE declara, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e da Lei 9436/96, que:

a) Fez livremente a escolha do plano contratado e tem conhecimento das condições de coparticipação;
b) Tem completo conhecimento dos termos do contrato e respectiva cobertura, bem como das regras de serviços e demais prazos, condições em cada plano, de preços, descontos e critérios de reajustes contratuais;
c) Responsabiliza-se a informar os beneficiários sobre o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-BS)** através do endereço eletrônico www.unimedilumina.coop.br com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
d) Responsabiliza-se civil e criminalmente pela autenticidade dos dados e da autenticidade lançada neste documento;
e) Tem conhecimento que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas em rede assistencial do plano farão disposições através do endereço eletrônico www.unimedilumina.coop.br e/ou SAC: 0800 647 0024;
f) Tem conhecimento e compromete-se a repassar aos beneficiários as informações referentes ao aproveitamento dos créditos já computados no plano anterior com a Operadora, respeitando a segmentação, cobertura, acomodação e abrangência, conforme o item 2 da Súmula 11/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A CONTRATANTE declara, para fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9636/98 e RN 196/98, que recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, e, se compromete a entregar cópia do mesmo a todos os possíveis beneficiários titulares que manifestarem interesse no ingresso no plano de saúde.

A CONTRATANTE se compromete a entregar a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde - a Tabela de Custos com os valores do plano dos funcionários ativos e a Tabela de Custos por Área Ativa para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9636/98; e - o Guia do Leilão Contratual - GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação. Sem isso, a disponibilidade, sempre que demandada pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplado, no máximo, em termos referenciados ao GLC.

Os formulários cadastrais deverão ser entregues à Unimed Ilumina respeitando os prazos definidos no Calendário de Entrega de Formulários Cadastrais, constantemente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos. Os formulários atualizados estão disponíveis no site www.unimedilumina.coop.br, nos Serviços ao Cliente/Usuário de Formulários e Declarações.

Data **Assinatura e Carimbo da Contratante**

FOR: 001 Data de Revisão: 22/06/2018 Rev. 09 UNIMED ILUMINA/RS - ANS 33.636-1



10

Após digitalizar o formulário com o carimbo e assinatura, anexa-lo clicando no sinal de + localizado no canto direito do da página. Em seguida **Salvar e Enviar**

Data alteração: 01/04/2022

Produto: Uniflex Vale Empresarial - Referência 20

Observação:

Anexos:

Página 07.pdf

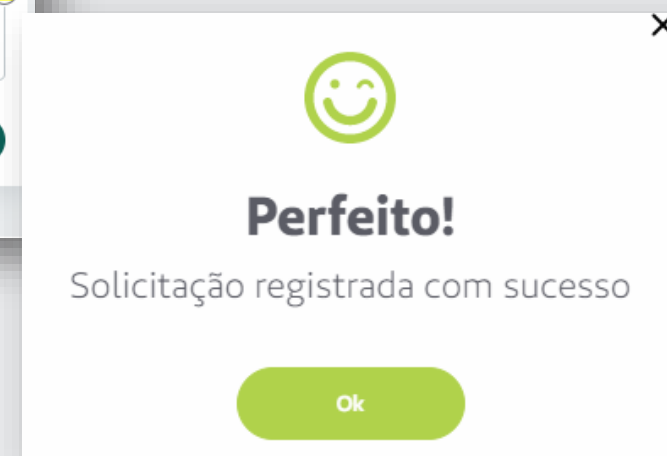
VOLTAR

IMPRIMIR

SALVAR E ENVIAR

SALVAR

- Abrirá uma mensagem que solicitação registrada.



Unimed

somos
COOP

12



Após o envio da alteração via portal o Status ficará como **Pendente de análise**, ou seja, a Unimed recebeu sua solicitação e irá analisá-la em até 4 dias uteis


Para acompanhar o andamento do processo através dos STATUS, basta seguir os próximos passos.

Unimed 

somos
COOP 

13

Clicar no Menu “Consultar Solicitações” e no Submenu “Consulta alteração de produto”.



Página Inicial

Comunicados

Gerenciar Beneficiários

Consultar Solicitações

- Consulta 2ª Via do Cartão
- Consulta de Alterações Cadastrais
- Consulta Rescisão de Beneficiário
- Consulta Alterações de Contrato/CNPJ
- Consulta Alteração de Produto**
- Consulta Inclusão de Beneficiário

Informações Financeiras

CONSULTAR ALTERAÇÃO DE PRODUTO

Status:

Período de: Até: **FILTRAR**

NÚMERO SOLICITAÇÃO	DATA SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	PRODUTO	OBSERVAÇÕES	STATUS
448	08/03/2022	[REDACTED]			Pendente de Análise

Exibindo 1 de 1 registros

No canto direito será apresentado em que status sua solicitação se encontra.

Abaixo o significado de cada Status



14



Vejam os status:

- **Pendente de análise :**



- Estamos analisando sua solicitação;

- **Alteração Confirmada:**



- A alteração foi efetivada

- **Solicitação Rejeitada:**



- Houve alguma pendência, nesse caso o processo deverá iniciar-se novamente.

Para identificar o motivo de rejeição siga para a etapa 16

Unimed

somos
COOP

15



Identificando o motivo da rejeição:


Unimed 

somos
coop 

16

Para identificar o motivo da rejeição, clicar no Menu “ Consultar Solicitações, Submenu “ Consulta Alteração de Produto.

- Em seguida clicar no sinal de + e em “Detalhes”



Página Inicial

Comunicados

Gerenciar Beneficiários

- Consultar Solicitações
- Consulta 2ª Via do Cartão
- Consulta de Alterações Cadastrais
- Consulta Rescisão de Beneficiário
- Consulta Alterações de Contrato/CNPJ
- Consulta Alteração de Produto
- Consulta Inclusão de Beneficiário

CONSULTAR ALTERAÇÃO DE PRODUTO

Status:

Período de: Até: **FILTRAR**

NÚMERO SOLICITAÇÃO	DATA SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	PRODUTO	OBSERVAÇÕES	STATUS
449	08/03/2022	CARLO EDUARDO SPETHMANN CORREA			Solicitação Rejeitada

Imprimir **Detalhes**

Detalhes

Faltou o Formulário de Alteração.



Apresentará o motivo de rejeição.

Nesse caso o processo deverá ser refeito,

Iniciando novamente pelo do passo a passo 03

Estamos à sua disposição.

Telefones: 0800 647 0026

E-mail: cadastro@unimedblumenau.com.br

Unimed 

somos
CCOP 