

# Exclusão de Beneficiários

Manuais Unimed Blumenau

## **Sumário**

Acesso ao Portal	Etapa 01
Login/Senha	Etapa 02
Exclusão	Etapa 04
Consultar motivos de rejeições	Etapa 16
Consultar solicitações de exclusão	Etapa 19





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



Informe os dados abaixo para acesso Tipo de usuário: Empresa Usuário: Código da empresa Senha: Senha padrão





Filtrar beneficiário pelo **Nome** ou número do cartão. Clicar na opção "Consultar".

Beneficiário:		Carteirinha:			
Tipo de data:	Data de:	Data até:	Grau	de parentesco:	
Nenhuma	$\sim$	~	✓ ][		$\sim$
Matrícula:	Situação:	Situação trabalhista:			
	Ativo	✓ Todos	~	LIMPAR	CONSULTAR

Selecionar beneficiário que será excluso e clicar em "Rescindir Beneficiário".

A ação será realizada para os dependentes dos titulares, mesmo que não selecionados. Quando for exclusão somente do dependente, deverá ser selecionado apenas o beneficiário que será excluso.





CCDD

### **Motivos de exclusão com data imediata** (RN 412)

Pelos motivos citados abaixo a rescisão será para o **dia** e **hora** da liberação, ou seja, rescisão de forma <u>imediata</u>.

- 02 Preço não suportado pelo cliente
- 03 Qualidade da rede
- 04 Mudança para outra Operadora
- 05 Mudança de Estado/Cidade/País
- 06 Insatisfação com o atendimento da operadora
- 07 Baixa utilização
- 08 Perda da condição de dependente

### Motivos de exclusão com data programada

Pelos motivos citados abaixo a rescisão será programada conforme a data escolhida pela empresa. Exceto no caso do motivo óbito que será feito para a data do falecimento.

- 09 Óbito
- 10 Demissão sem justa causa
- 11 Demissão com justa causa
- 12 Pedido demissão
- 13 Migração/alteração contratual



### **RESCINDIR BENEFICIÁRIO**



Causa da RescisãoForma de Contato

Clicar em **"Salvar"** 

J Devoluçao Cartão servação:		
ma de Contato:		
E-mail		~
1X0: INEXO		
VOLTAR		SALVAR

# Para motivos programados deverá ser preenchido:

#### •Causa da Rescisão

- •Data da rescisão; (deve ser preenchido conforme data escolhida pela empresa)
- Titular contribuiu com a mensalidade do plano
- •Titular se aposentou pela empresa
- •Forma de Contato

Clicar em "Salvar"

Data da solicitação:	Usuário solicitação:		Causa da rescisão:		Data da rescisão:	
10/03/2022, 09:03			DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA	$\sim$	10/03/2022, 09:03	$\sim$
Titular contribuiu no pagamento da mensalidade do plano:			Titular se aposentou na empresa:			
		~				$\sim$
Devolução Cartão						
Observação:						
						11
Forma de Contato:						
E-mail						$\sim$
E-mail:						
Anexo:						
Anexo						
VOLTAR						SALVAR



# Para <u>motivo óbito</u> deverá ser preenchido:

9

Certidão de Óbito; (nº matrícula da certidão)
Data do óbito
Forma de Contato

Clicar em **"Salvar"** 

03/03/2022, 12:55		бвіто	✓ 03/03/2022, 12:55	\ \
Certidão de óbito:			Data do óbito:	
Devolução Cartão				
Observação:				
Forma de Contato:				
E-mail				\ \
E-mail:				
Anexo:				
Anexo				
VOLTAR				CALVAD
VOLIAR				SALVAR
	somos			

# A mensagem de confirmação será apresentada

Solicitação de rescisão realizada com sucesso. É necessário Liberar a solicitação.



#### Para impressão do formulário de exclusão, clicar em **"Visualizar Formulário de exclusão"**

Data da solicitação:	Usuário solicitação:	Causa da rescisão:	Data da rescisão:	
03/03/2022, 10:06		DESCONTENTAMENTO	✓ 03/03/2022, 10:06	
Devolução Cartão				
Observação:				
Forma de Contato:				
E-mail				
E-mail:				
Anexo:				
Anexo				
VOLTAR			ALIZAR FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO	SALV

O formulário será apresentado em formato PDF. Este deverá ser impresso, assinado, carimbado e digitalizado

> É obrigatório a assinatura do titular e assinatura e carimbo da empresa no verso do formulário.

PORMULARIO DE EXCLUSÃO - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL           Empresa Contratará:         UNMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALIRO         Ye de Centra:         2223           Exclusão de: (X) Titular e Dependentaja)         DADOS DOS BENEFICIÁRIOS A SEREM CANCELADOS         Code Molive         DADOS DOS BENEFICIÁRIOS A SEREM CANCELADOS           Nome do Beneficiário         Codição do Carião         Cod. Molive           TESTE         0026 2323.019477.00-8         6           OCÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO         Outra do Beneficiário         Cod. Molive           O DECENSE         OUTRAS de condiçãos de dependiencia         01         Penda de condiçãos de dependiencia           04         Mudança de EstadorCladas/Paris         01         Demisado com justa cuasa         04         Demisado com justa cuasa           04         Descontentamento         15         Pedido de demisado         DEmisado com justa cuasa           04         Descontentamento         15         Demisado com justa cuasa         DEmisado com justa cuasa           04         Descontentamento         15         Demisado com justa cuasa         DEmisado com justa cuasa           04         Descontentamento         15         Pedido de demisado           15         Indica para de EstadorCladas Paris         N'         Complemento:	www.urimedblumenau.coop.br SAC: 0800-647-0038			nimed #	•		
2012     2012	FORMULARIO DE EXCLUSÃO - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL						
Exclusio d: ( X ) Thuisr = Dependente(x)      Exclusio d: Exclusion d: ( X ) Thuisr = Dependente(x)      Exclusion d:	Empresa Contratante: UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO Nº do Contrato: 2323						
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS A SEREM CANCELADOS           Nome do Beneficiário         Código do Cartão         Cód. Molive           TESTE         0026.2322.816477.08-4         6           CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO         CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO         6           62         Clente sem condiçãos de pagamento         67         Pecto da condição de dependência           63         Migração/Attenção contratual         66         Côbis         6           64         Madança de Estado/Cidade/País         13         Dentisado sem justa causa         6           64         Madança de Estado/Cidade/País         14         Dentesado com justa causa         6           65         Mudança de Estado/Cidade/País         14         Dentesado com justa causa         6           Cancelentimento         15         Peddo de derivado           Materia Nacional de paravelación país todos co molivas de cancelenteria a Unitural Blumenus utiliza de dados para neallar toda e qualigare comunicação de abeneficiário acusa desta acidande de exercistremento:         1         1           Peddo de derivado?           Materia Nacional de paísa de manaria de as acusa de avalización de manaria           Catade:         Unitural Diamento de acusa de manaria <td acima="" colspana="" de="" nacional="" paravendaria="" saúda="" sophem<="" são="" td=""><td></td><td>nte(a</td><td>endente(s) ( ) Depen</td><td>são de: (X) Titular e Dep</td><td>Exclu</td></td>	<td></td> <td>nte(a</td> <td>endente(s) ( ) Depen</td> <td>são de: (X) Titular e Dep</td> <td>Exclu</td>		nte(a	endente(s) ( ) Depen	são de: (X) Titular e Dep	Exclu	
Nome do Beneficiario         Código do Cartão         Cód Morive           TESTE         0052.3323.816477.08-8         6           CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO         6         6           CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO         6         6           CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO         6         6           63         Magração Cantoniumi         60         20 ha           64         Dentes sam condições de pagamento         67         Parta da condição de dependência           64         Madança de Entedo/Caded-Para         13         Dentesado com justa causa         66           65         Madança de Entedo/Caded-Para         14         Dentesado com justa causa         67           64         Descontentamento         15         Pedado de demasão         70           66         Descontentamento         15         Pedado de demasão         70           67         Catade:         U*         CEP:         CEP:         Telefone fao: (47)         3300105         Telefone fao: (17)         CEP:           Telefone fao: (47)         3300105         Telefone fao: (27)         CEP:         Telefone fao: (27)         CEMANDENDES MADENDENDENDENDENDENDENDENDENDENDENDENDEND	DADOS DOS BENEFICIÁRIOS A SEREM CANCELADOS						
TESTE         022.232.819477.00-8         6           CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO <td colspan="7">Nome do Beneficiário Código do Cartão Cód. Motivo</td>	Nome do Beneficiário Código do Cartão Cód. Motivo						
CONCOLOR MOTIVOS DE CANCELAMENTO     Audiança para entra directado a gagamento     Audiança para entra Unimad'Operadors     Audiança para entra enta entra entra ent	323.010477.00-8 6	002		E	TEST		
CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO     CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO     CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO     CONTRAST, CON		_					
CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCLAMENTO     CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCLAMENTO     CONTROL DE CANCLAMENTO     Contratemento     CONTROL DE CANCLAMENTO		_			_		
1         Clerete sem condições de pagamento         97         Pecta da condição de dependência           0         Mugração/Alteração contratual         00         Obto         Independência           0         Mudraça de Estado/Cléade/País         13         Demissão com justa causa           0         Descontentamento         14         Demissão com justa causa           0         Descontentamento         15         Peddo de demissão           0         Descontentamento         14         Demissão com justa causa           1         Peddo de demissão         13         Demissão com justa causa           1         Peddo de demissão         16         Demissão com justa causa           1         Demissão com colto de pagamento         Estado         Estado           1         Descontento         Descontento         Descontento         Estado           1         Descontento         Descontento         Descontento         Descontento           1         Descontento         Desco	ENTO	CEL	CÓDIGOS MOTIVOS DE C				
Bit         Mgração/Atenção contratual         Gain         Obto           84         Mudança para outa Unimed/Operadora         13         Demissão sem justa causa           84         Mudança para outa Unimed/Operadora         13         Demissão sem justa causa           84         Descritentemento         15         Peddo de demissão           84         Descritentemento         15         Peddo de demissão           84         Descritentemento         0         Complemento:           84         Descritentemento         0         CDOS PARA CONCENTO           84         Descritentemento         0         Complemento:           84         Descritentemento:         0         CDEP:           84         Medoscritente	rda da condição de dependência	07	agamento	Cliente sem condições de p	02		
Number         Demonsion sem paint causa           10         Demonsion sem paint causa           11         Demonsion sem paint causa           12         Demonsion sem paint causa           13         Demonsion sem paint causa           14         Demonsion causa           15         Peditor de deminalo           Demonsion de managemento           Demonsion de managemento           Composition de managemento           Demonsion de managemento           Demonsion de managemento           Composition de los de managementos de los demonsions de concessemento, a United Elumenou ellitario de declarados para realizar toda se qualquar comunicação ao beanficiário acora: desta selucitação de esculato.           PREENCHMENTO CORRIGATORIO PARA DEMITIDOS OU EXCINENDOS SU JUSTA CAUSA E APOSENTADOS - 273/MS           O titular contribuis no pagamento da managitade do asu planor (X) NÃO ( ) SM, por	db		ual	Migração/Alteração contrat	03		
Bit         Mudança de EstadoCidade/Pais         14         Demissão com justa causa           64         Descontentamento         15         Pados de semasão           Charlos PARA CONTATU         E-mail 2:         Complemento:         Complemento:           E-mail 1: isste@genal.com         E-mail 2:         Complemento:         Complemento:           Bairos         Cidade:         UP:         CEP:         CEP:           Telefone fue:         (1)         3300105         Telefone calute: ( )         CEP:           Telefone fue:         (1)         3300105         Telefone calute: ( )         CEP:           Telefone fue:         (1)         3300105         Telefone calute: ( )         CEP:           Telefone fue:         (1)         3300105         Telefone calute: ( )         CEP:           C1 dada:         caluto datados para neales dos e qualque: comunicação do se beneficiánis calutas e Librardo Elucadas para telas aposentados? (X) NAD ( ) 5M - Caso Positivo, Informar a data da sposentadoris:         (	missão sem justa causa	13	d'Operadora	Mudança para outra Unime	04		
10         Decide de deresado           DADOS PARAL CONTATO         E-mail 2:           E-mail 1: testel@genal.com         E-mail 2:           Raz:         IV         Complemento:           Batro:         IV         Complemento:           Testelone fiso: (47)         3300105         Testerone calular: ( )           Chados:         UV         COP:           Testelone fiso: (47)         3300105         Testerone calular: ( )           Ch compose actina são de preenchimento dorbigatión para todos os monitoras de asta solicitação de executionação ao beseficiário aconco desta solicitação de executionação de de assaltancia (1)         CDP:           Ch compose actina são de preenchimento dorbigatión para todos os monitoras de asta solicitação de executionação de de assaltancia (1)         CD tadar parametos de represencimentos do testeros de assaltancia (1)           Ch compose actina são de preenchimento do monitoras de testo de assaltancia (1)         Calular contributos mo pagamentos de mensalidade do seu plano (2)         SBA, por	missão com justa causa	4	aPala	Mudança de Estado/Cidad	05		
Charles F. Instelliggenal.com     Complemento:     C	dido de demissão	15		Descontentamento	66		
Print P.		TATI	DADOS PARA CO	1. Installenations	E.mail		
Real:         N°         Comparemento:           Imiera:         LIE         LIE         CEP:           Telefone foo: (47)         33308105         Telefone calutar: ( )         CEP:           Telefone foo: (47)         33308105         Telefone calutar: ( )         CEP:           Comparemento:         LIE         LIE         CEP:         CEP:           Calutado:         Telefone calutar: ( )         Statumento calutar: ( )         CEP:           Calutado:         Description calutar: ( )         Statumento calutar: ( )         CEP:           Calutado:         Description calutar: ( )         Statumento calutar: ( )         CEP:           Calutado:         Description calutar: ( )         Statumento calutar: ( )         CEP:           Calutado:         Description calutar: ( )         Statumento calutar: ( )         CEP:           Calutado:         Calutaria         Description calutar: ( )         Calutaria         Calutaria           Calutaria:         Description calutar: ( )         Statumento calutaria: ( )         CEP:         CEP:           Calutaria:         Calutaria:         Description calutaria: ( )         Statumento calutaria: ( )         CEP:           Calutaria:         Calutaria:         Calutaria:         Calutaria:         Calutaria				T. Bank Street Coll			
	Lonpiemento:	_	N N		Rus		
Telefore fiber (1) 3330816 Telefore fiber (1) Tele	UP: CEP:	_	Cidade:	E	Dairro		
Che canços acima são de presentimento chrigados para todos os motivos de cancelamento, a Unimed Blumenau silita e dados declanados para neutara toda e qualquare comunicação do besentícitino socia denta declanados PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS 279XMS  1) O Itular já está aposentado? (X) NÁO ( ) SM - Caso Positivo, Informar a data da aposentadoria:	lar: ( )	one	5 Ti	me fxp: (47) 3330819	Telefo		
PREZENCIMIENTO CARIGATORIO PARA DEMITOOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS <u>278ANS</u> 1) O Itudar já está aposentado? (X ) NÁO ( ) SM - Caso Positivo, Informar a data da aposentadoria:	cancelamento, a Unimed Biumenau utilizarà	évo:	mento obrigatório para todos os toda o qualquer comunicación a	mpos acima são de preenchi fos declarados nara realizar	On car		
2) O Italiar contribuis no pagamento da menaalidade do seu plano? (X) NAO ( ) SBA, por mesas.     3) De acordo com o disposto na Resolução Normativa 27/202017, publicada pela Adencia Nacional de Saúd     Sopiementar-ANS é assegurado ao beneficiairo titular o direito de menter sau acondeção em caso de demisais     acontração sem justa causa ou aposentadoria nas mesmas condeções de cobertura assistencial de que     gurava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:     a) Octrabulu financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do     winciale empregatorio:     b) Faça a opção pela manutenção do plano dentro de 30 (tinta) dias contados a partir do comunicado do     empregator:     Montarda: Não havendo manifestação do beneficiário títular no prazo de 30 dias contados a partir da data     assinatura deste documento, considerar-se-á a recusa ao beneficia.  Caso queita aderir ao beneficio, será necessaário encaminhar o Termo de Adeaão ao Beneficiário de Ex- empregado Demitido ou Econerado Sam Austa Causa ou Aposentado devidamente presenchido e assinado, e demas documentos exejidos pela OPERADORA.  POR-1544  Date de Revisão: 01002018  Rev. 10  UNEED ELUMENAU - ANS 21.48.4	a data da aposentadoria:/	form	279/ANS () NÃO () SIM - Caso Positivo	titular jä estä aposentado? ()	1) 01		
<ul> <li>3) De acordo com o disposto na Resolução Normativa 279/2011, publicada pela Agéncia Nacional de Saúd Spérementar ANS é assegurado ao beneficiario Inhar o direito de menter auxi condição em conso de denisata socienção sem justa cuuza ou aposentadoria nas mesmas condições de cobertura assistenciar de que publicava durante a vejência do contrato de trabalito, desde que:</li> <li>a) Contribuía financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do sincer de denisato de trabalito, desde que publicava durante a vejência do contrato de trabalito, desde que publicava durante da extenção do plano dentro de 30 (tinta) dias contados a partir do comunicado do elemendado:</li> <li>a) Faça a egodo pela manutenção do plano dentro de 30 (tinta) dias contados a partir do comunicado de elemendado:</li> <li>Inostrater, Não havendo manifestação do beneficiário títular no prazo de 30 dias contados a partir da detara assintante deste documento; considerar-se-á a recusa ao beneficia.</li> <li>Caso queira aderir ao beneficio, será necessário encaminhar o Termo de Adeaão ao Beneficiário de Esteremenado Damitido ou Exonerado Sam Juata Causa ou Aposentado devidamente preenchido e assinado, e domenas documentos exegidos pela OPERADORA.</li> <li>POR 1984 Data de Reveato: 01802018 Rev. 08</li> </ul>	( ) SIM, por meses.	X)N	to da mensalidade do seu plano"	titular contribuiu no pagamen	2) O t		
Propertante: Não havendo manifestação do beneficiário titular no prazo de <u>20 dias contados a partir da datas</u> assinatura deste documento, considerar-se-á a recusa ao beneficián. Caso queira aderir ao beneficio, será necessaário encaminhar o Termo de Adeaão ao Beneficiário de Ex- empregado Demitido ou Exonerado Sam Austa Casua ou Aposentado devidamente preenchido e assinado, e domas documentos exigidos pela OPERADORA. POR-1544 Des de Revado: 01.012210 Rev. 00 EXEMPLO ELUMENAU - AVI3 21.48.4	3) De acordo com o disposto na Resolução Normativa 279/2011, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suptementar-ANS é assegurado ao bemeficiário titular o diveito de manter sua condição em caso de dimensalo, exoneração sem justa causa ou aposentadora nas mesmas condição de ocebertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que: a) Contribui Innaneiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vinculo empregatório; do contendo do bano dentro da 30 tritráta das contados a partir do remunicado do los Face a nocelos pala mantencião do bano dentro da 30 tritráta das contados a partir do remunicado do la controlución pala paratemento da na dente da 30 tritráta das contados a partir do remunicado do la controlación pala mantencião do bano dentro da 30 tritráta das contados a partir do remunicado do la controlación pala mantencião do bano dentro da 30 tritráta das contados a partir do remunicado do la controlación pala paratemento da calano dente da 30 tritráta das contados a partir do remunicado do la cala da se da se da se da contese da se da						
Caso queira aderir ao beneficio, será necessário encaminhar o Termo de Adeaão ao Beneficiário de Ex- empregado Demitido ou Exonendo Sam Justa Causa ou Aposentado devidamente preenchido e assinado, e demais documentos exigidos pela OPERADORA.	empregator. Importante: Não havendo manifestação do beneficiário Itular no prazo de <u>30 dias contados a partir da data da</u> asistatura desta documento, considerar-se-á a recuna ao beneficio.						
FOR 1544 Date de Revelue STREZOTE Rev. 06 UNRED RUMENAU - ANS 32.456.1	Caso queira aderir ao beneficio, será necessário encaminhar o Termo de Adeaão ao Beneficiário de Es- empregado Dentrido ou Exonerado Sam Justa Causa ou Aposentado devidamente preenchido e assinado, e demais documentos exigidos pela OPERADORA.						
Somos	UNIMED BLUMENAU - ANS 23.486-1	10	(såx 2102/2019 Re	144 Data de Re	FOR-11		
Somos							
	somos		imed 👫	Un			

	www.unimedblumen.au.comp.br SAC: 0800-647-0028				
CANCELAMENTO POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR - RN 412/ANS Preenchimento obrigatório para os Motivos de Cancelamento: 62, 64, 65, 66 e 67					
O beneficiário Itular solicita que seja realizada a exclusão do(s) beneficiário(s) acima astar ciente dos direitos e restricões decorrentes da decisão, nos moides prev 412/16 (e demais atualizações) da Agência Nacional de Saúde Supiementar - ANS	a diacriminados, bem como <u>declara</u> istos pela Resolução Normativa nº . Ainda, confirma ciência:				
<ol> <li>Para que este pedido tenha efello, é necessário preencher contetamente os dados para contato;</li> <li>Não havendo o preenchimento comeito e completo o pedido talvez não será finalizado, gerando despesas até que o beneficiado titular retapa o pedido de forma regular;</li> <li>O atmples fato de preencher este formulário NÃO atignifica o seu cancelamento imediato. Depende da data em que a Unimed Blumena seculor esta solicitajo. Durante este periodo poderilo ocorner coharque das das despesas geradas.</li> </ol>					
4. Ainda sobre esta solicitação de esclusão, importante esclarecer que:					
a) o pesso de excasão tera EPETIO INEUNIO, a partir da dada da ciência da opera caráfer interogâvel, ou seja, não será permitido o direito de arrependimento posterior.	oora de plano de saude, possuindo				
b) As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir d	a data da exclusão.				
<li>c) A partir da data, hora e minuto da exclusão, <u>não será permitida a utilização do pla</u> de urgência e emergência.</li>	no de saúde, mesmo para os casos				
d) É de responsabilidade da contratante o pagamento de quaisquer atendimentos resil nos casos de urgência ou emergência.	rados a partir da exclusão, inclusive				
e) O pagamento das mensalidades vencidas e eventuais coparticipações, dos serviços realizados antes da exclusão são de exponsabilidade da contratante.					
f) Ocorrerà a perda imediata do direito de qualisquer seniços adicionais ao plano de saúde, quando contratado, a exemplo do periodo de remissilos, que consiste na continuidade do plano dos dependentes sem cobrança de mensalidades após o dete do tituíu;					
g) Ocorrendo a exclusão do beneficiário titular automaticamente seus dependentes serão excluidos devido à perda de vinculo com a empresa contratante.					
h) D ingresso em novo plano de saúde importará no cumprimento de novos períodos de carência (quando aplicálveia), partes do dimito se essercicio da portabilidade de carência (quando aplicálvei), no preendrimento de novo Bucergalo de Saúde e cumprento de licolaria Parcial Temportaria em coso de doremo ou lesido presentiente, condições atalizadas					
i) Após o preenchimento deste tornulário na Empresa, o beneficiário titular concord operadora para que processe a data, hora e minuto da exclusió, e encaminhe Exclusió e o Comprovante da Efetiva Exclusió, conforme dados informados nest	a que o pedido será direcionado á o Comprovante de Solicitação de e documento.				
COMUNICADO REFERENTE A PORTABILIDADE DE CARÊ Para os Motivos de Cancelamentos: 07, 88, 13, 14 e 10	NCIAS - RN 438 5.				
O beneficiário declara que recebeu uma vía do comunicado referente o diretio ao ese em decorrência da extinção de vinculo.	rcicio da portabilidade de carências				
A CONTRATANTE, bem como o beneficiário titular, declaram estar de acordo co documento.	m as informações descritas neste				
Data:/ Assinatura e Carimbo da Contratante	natura beneficiàrio titular				

O formulário deverá ser anexado, clicando em "Anexo".

No motivo óbito será necessário anexar também a cópia da <u>certidão de óbito</u>.

Para anexar mais de um documento clicar na opção (+)

ata da solicitação:	Usuário solicitação:		Causa da rescisão:		Data da rescisão:	
03/03/2022, 10:06			BAIXA UTILIZAÇÃ	• ~		
<b>/</b> Devolução Cartão						
bservação:						
						1
orma de Contato:						
E-mail						~
mail:						
Anexo						
Allexo						
VOLTAR			CANCELAR	VISUALIZAR FORMU	ÁRIO DE EXCLUSÃO	SALVAR
		somos				
	Unimed	တော္စ				

Após anexar o formulário de exclusão, clicar em **"Salvar e Liberar"** 

Mas atenção, somente serão processadas as exclusões que possuírem o formulário de exclusão anexado, preenchido, assinado, carimbado e com a solicitação liberada.



#### Seu processo foi concluído!

O mesmo será analisado pela Unimed Blumenau, em caso de informações faltantes poderá acarretar na rejeição do processo.



### 16

Para saber o motivo da rejeição do seu processo, acessar o menu "Consultar solicitações" "Consulta Rescisão de Beneficiário"

Página Inicial Comunicados Gerenciar Beneficiários Consultar Solicitações  $\bigcirc$ 

Unimed A

Blumenau

Consulta 2ª Via do Cartão

Consulta de Alterações Cadastrais

Consulta Rescisão de Beneficiário

Consulta Alterações de Contrato/CNPJ

Consulta Alteração de Produto







	CONSU	LTAR RE	SCISÃO DOS	BENEFICI	ÁRIOS	
Período de:	Até:	81/12/2022	<mark>Status:</mark> ✓ <mark>Rejeitado</mark>	~	Rescindidos com dire	ito a reinclusão RN 279:
NÚMERO DA SOLITAÇÃO	DATA SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	TITULAR	DATA DA LIBERAÇÃO	DATA DA RESCISÃO	STATUS
33456120220302000004	02/03/2022 16:51:48		1	02/03/2022 16:51:50		Solicitação rejeitada 🕞
Exibindo 1 de 1 registros	_	_		_	_	



O motivo da rejeição será apresentado e o **processo deverá ser refeito.** 



Para consultar solicitações pendentes de liberação ou imprimir o formulário, clique em "Consultar solicitações" e "Consulta Rescisão de Beneficiário"



 $\sim$ 

Para impressão do formulário de exclusão clique em **"Visualizar Formulário de exclusão"** 

Após anexar o formulário de exclusão clique em **"Salvar e Liberar"** 

Mas atenção, somente serão processadas as exclusões que possuírem o formulário de exclusão anexado, preenchido, assinado, carimbado e com a solicitação liberada.

	Usuário solicitação:	Causa da rescisão:	Data da rescisão:
10/03/2022, 08:57		DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA 🗸 🗸	17/03/2022, 08:57 V
Titular contribuiu no pagamento da mensalidade do plano:		Titular se aposentou na empresa:	
Não	~	Não	~
Devolução Cartão			
Observação:			
Forma de Contato:			
E-mail			~
E-mail:			
Anexo:			
ß			G
doc049503202203			
VOLTAR	CANCEL		SALVAR SALVAR E LIBERAR
	somos		
Unimed	(CCD)		

### Estamos à sua disposição.

Telefones: 0800 647 0026 E-mail: <u>cadastro@unimedblumenau.com.br</u>



