

Exclusão de Beneficiários

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

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 Boletó
-  Guia Médico
-  Contrate seu plano
-  Portal do Beneficiário
-  Fale Conosco
-  Atendimento ao Deficiente Auditivo

Unimed



somos
coop

2

Informe os dados abaixo para acesso

Tipo de usuário: Empresa

Usuário: Código da empresa

Senha: Senha padrão

Selecione seu perfil e digite seus dados

Empresa

Usuário

Senha

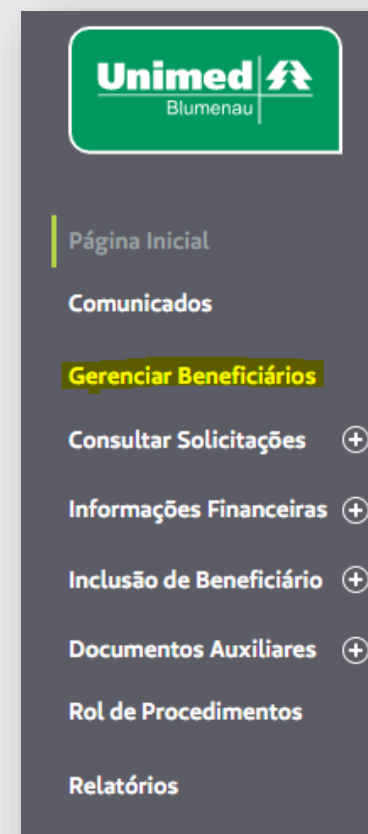
Entrar

Esqueci minha senha

Aviso de Cookies

3

Clique no menu “Gerenciar Beneficiários”.



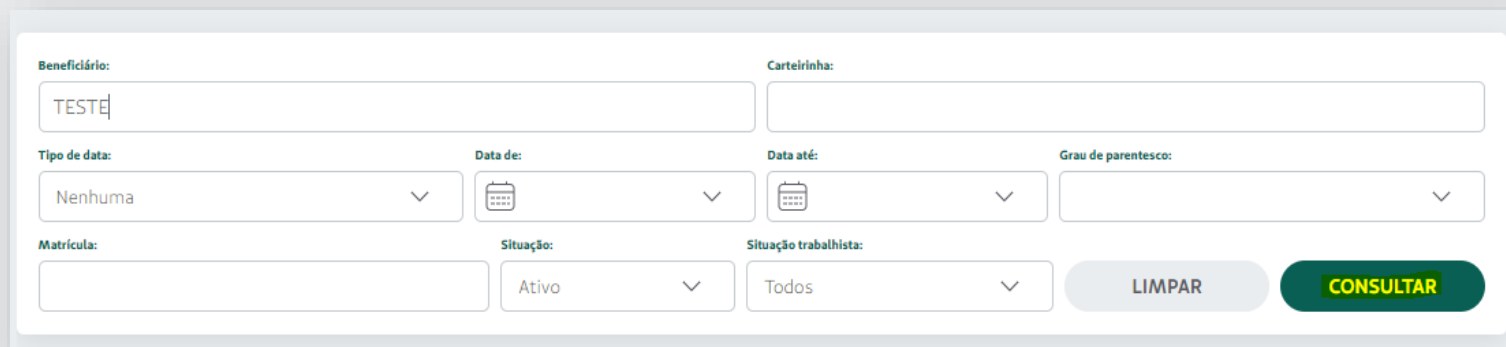
Unimed

somos
coop

4

Filtrar beneficiário pelo **Nome** ou **número do cartão**.

Clicar na opção “Consultar”.



Formulário de busca de beneficiário com os seguintes campos:

- Beneficiário:
- Carteirinha:
- Tipo de data:
- Data de:
- Data até:
- Grau de parentesco:
- Matrícula:
- Situação:
- Situação trabalhista:

Botões: LIMPAR, CONSULTAR

5

Selecionar beneficiário que será excluído 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 excluído.



✓	BENEFICIÁRIO	CARTEIRA	DATA CONTRATAÇÃO	DATA PREV. RESCISÃO	DATA RESCISÃO	TITULAR	TITULARIDADE	SITUAÇÃO
✓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01/05/2017				Titular	Ativo

Botões de ação: Relatórios, Visualizar Carências, Alterar Produto, Alterar Contrato/CNPJ, Rescindir Beneficiário, Alterar Dados Cadastrais, Incluir Dependentes

Unimed

somos
coop

✘ 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 **imediata**.

- 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

7

Para motivos imediatos deverá ser preenchido:

- Causa da Rescisão
- Forma de Contato

Clicar em “Salvar”

RESCINDIR BENEFICIÁRIO

Data da solicitação: 03/03/2022, 12:55

Usuário solicitação: [REDACTED]

Causa da rescisão: BAIXA UTILIZAÇÃO

Data da rescisão: [REDACTED]

Devolução Cartão

Observação: [REDACTED]

Forma de Contato: E-mail

E-mail: [REDACTED]

Anexo: Anexo (+)

VOLTAR SALVAR

8

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”

RESCINDIR BENEFICIÁRIO

Data da solicitação:	Usuário solicitação:	Causa da rescisão:	Data da rescisão:
<input type="text" value="10/03/2022, 09:03"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA"/>	<input type="text" value="10/03/2022, 09:03"/>
Titular contribuiu no pagamento da mensalidade do plano:			Titular se aposentou na empresa:
<input type="text" value=""/>			<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Devolução Cartão			
Observação:			
<input type="text" value=""/>			
Forma de Contato:			
<input type="text" value="E-mail"/>			
E-mail:			
<input type="text" value=""/>			
Anexo:			
<input type="text" value="Anexo"/>			

Unimed



somos
coop

9

Para motivo óbito deverá ser preenchido:

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

Clicar em “**Salvar**”

RESCINDIR BENEFICIÁRIO

Data da solicitação: 03/03/2022, 12:55 Usuário solicitação: [REDACTED] Causa da rescisão: ÓBITO Data da rescisão: 03/03/2022, 12:55

Certidão de óbito: [REDACTED] Data do óbito: [REDACTED]

Devolução Cartão

Observação: [REDACTED]

Forma de Contato: E-mail

E-mail: [REDACTED]

Anexo: Anexo (+)

VOLTAR SALVAR

Unimed



somos
coop

10

A mensagem de confirmação será apresentada



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

11

Para impressão do formulário de exclusão, clicar em “Visualizar Formulário de exclusão”

RESCINDIR BENEFICIÁRIO

Data da solicitação: 03/03/2022, 10:06 Usuário solicitação: [REDACTED] Causa da rescisão: DESCONTENTAMENTO Data da rescisão: 03/03/2022, 10:06

Devolução Cartão

Observação: [REDACTED]

Forma de Contato: E-mail

E-mail: [REDACTED]

Anexo: Anexo

VOLTAR CANCELAR **VISUALIZAR FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO** SALVAR

Unimed



somos
coop

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.

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL			
Empresa Contratante: UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO		Nº do Contrato: 2323	
Exclusão de: (X) Titular e Dependente(s) () Dependente(s)			
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS A SEREM CANCELADOS			
Nome do Beneficiário	Código do Cartão	Cod. Motivo	
TESTE	0026.2323.910477.00-8	6	
CÓDIGOS MOTIVOS DE CANCELAMENTO			
02	Cliente sem condições de pagamento	07	Perda de condição de dependência
03	Migração/Alteração contratual	08	Óbito
04	Mudança para outra Unimed/Operadora	13	Demissão sem justa causa
05	Mudança de Estado/Cidade/País	14	Demissão com justa causa
06	Descontentamento	15	Pedido de demissão
DADOS PARA CONTATO			
E-mail 1: teste@gmail.com		E-mail 2:	
Rua:		Nº: Complemento:	
Bairro:	Cidade:	UF: CEP:	
Telefone fixo: (47) 33308195	Telefone celular: ()		
Os campos acima são de preenchimento obrigatório para todos os motivos de cancelamento, a Unimed Blumenau utilizará os dados declarados para realizar toda e qualquer comunicação ao beneficiário acerca desta solicitação de exclusão.			
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS - RN 279/ANS			
1) O titular já está aposentado? (X) NÃO () SIM - Caso Positivo, informar a data da aposentadoria: ____/____/____			
2) O titular contribuiu no pagamento da mensalidade do seu plano? (X) NÃO () SIM, por ____ meses.			
3) De acordo com o disposto na Resolução Normativa 279/2011, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição em caso de demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:			
a) Contribuiu financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício;			
b) Faça a opção pela manutenção do plano dentro de 30 (trinta) dias contados a partir do comunicado do empregador.			
Importante: Não havendo manifestação do beneficiário titular no prazo de 30 dias contados a partir da data de assinatura deste documento, considerará-se a recusa ao benefício.			
Caso queira aderir ao benefício, será necessário encaminhar o Termo de Adesão ao Beneficiário de Ex-empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado devidamente preenchido e assinado, e demais documentos exigidos pela OPERADORA.			

CANCELAMENTO POR INICIATIVA DO BENEFICIÁRIO TITULAR - RN 412/ANS	
Preenchimento obrigatório para os Motivos de Cancelamento: 02, 04, 05, 06 e 07	
O beneficiário titular solicita que seja realizada a exclusão do(s) beneficiário(s) acima discriminados, bem como guardar este cartão dos direitos e condições decorrentes da decisão , nos moldes previstos pela Resolução Normativa nº 412/16 (e demais atualizações) da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Ainda, confirma ciência:	
1. Para que este pedido tenha efeito, é necessário preencher corretamente os dados para contato;	
2. Não havendo o preenchimento correto e completo o pedido talvez não será finalizado, gerando despesas até que o beneficiário titular requeira o pedido de forma regular;	
3. O simples fato de preencher este formulário NÃO significa o seu cancelamento imediato. Depende da data em que a Unimed Blumenau receber esta solicitação. Durante este período poderão ocorrer cobranças das despesas geradas.	
4. Ainda sobre esta solicitação de exclusão, importante esclarecer que:	
a) O pedido de exclusão terá EFEITO IMEDIATO, a partir da data da ciência da operadora de plano de saúde, possuindo caráter irrevogável, ou seja, não será permitido o direito de arrendimento posterior.	
b) As guias de atendimento emitidas e autorizadas não poderão ser utilizadas a partir da data da exclusão.	
c) A partir da data, hora e minuto da exclusão, não será permitida a utilização do plano de saúde , mesmo para os casos de urgência e emergência.	
d) É de responsabilidade da contratante o pagamento de qualquer atendimento realizado a partir da exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência.	
e) O pagamento das mensalidades vencidas e eventuais coparticipações, dos serviços realizados antes da exclusão são de responsabilidade da contratante.	
f) Ocorrerá a perda imediata do direito de qualquer serviços adicionais ao plano de saúde, quando contratado, a exemplo do período de carência, que consiste na continuidade do plano dos dependentes sem cobrança de mensalidades após o óbito do titular.	
g) Ocorrendo a exclusão do beneficiário titular automaticamente seus dependentes serão excluídos devido à perda de vínculo com a empresa contratante.	
h) O ingresso em novo plano de saúde importará no cumprimento de novos períodos de carência (quando aplicáveis), perda do direito ao exercício da portabilidade de carência (quando aplicável), no preenchimento de nova Declaração de Saúde e cumprimento de Cobertura Parcial Temporária em caso de doença ou lesão preexistente, condições atualizadas de preço, faixa etária, mecanismos de regulação, entre outros.	
i) Após o preenchimento deste formulário na Empresa, o beneficiário titular concorda que o pedido será direcionado à operadora para que processe a data, hora e minuto de exclusão e encaminhe o Comprovante de Solicitação de Exclusão e o Comprovante da Efeiva Exclusão, conforme dados informados neste documento.	
COMUNICADO REFERENTE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS - RN 438	
Para os Motivos de Cancelamento: 07, 08, 13, 14 e 15.	
O beneficiário declara que recebeu uma via do comunicado referente ao direito ao exercício da portabilidade de carências em decorrência da extinção de vínculo.	
A CONTRATANTE, bem como o beneficiário titular, declaram estar de acordo com as informações descritas neste documento.	
Data: ____/____/____	Assinatura e Carimbo da Contratante
	Assinatura beneficiário titular

13

O formulário deverá ser anexado, clicando em “Anexo”.

No motivo óbito será necessário anexar também a cópia da certidão de óbito.

Para anexar mais de um documento clicar na opção



RESCINDIR BENEFICIÁRIO

Data da solicitação: 03/03/2022, 10:06

Usuário solicitação: []

Causa da rescisão: BAIXA UTILIZAÇÃO

Data da rescisão: []

Devolução Cartão

Observação: []

Forma de Contato: E-mail

E-mail: []

Anexo: Anexo (+)

VOLTAR CANCELAR VISUALIZAR FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO SALVAR

Unimed



somos
coop

14

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.

RESCINDIR BENEFICIÁRIO

Data da solicitação: 03/03/2022, 10:06 Usuário solicitação: [REDACTED] Causa da rescisão: DESCENTAMENTO Data da rescisão: 03/03/2022, 10:06

Devolução Cartão

Observação: [REDACTED]

Forma de Contato: E-mail

E-mail: [REDACTED]

Anexo: [REDACTED]

doc248357202202loc049504202203

VOLTAR CANCELAR VISUALIZAR FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO SALVAR **SALVAR E LIBERAR**

Unimed



somos
coop

15

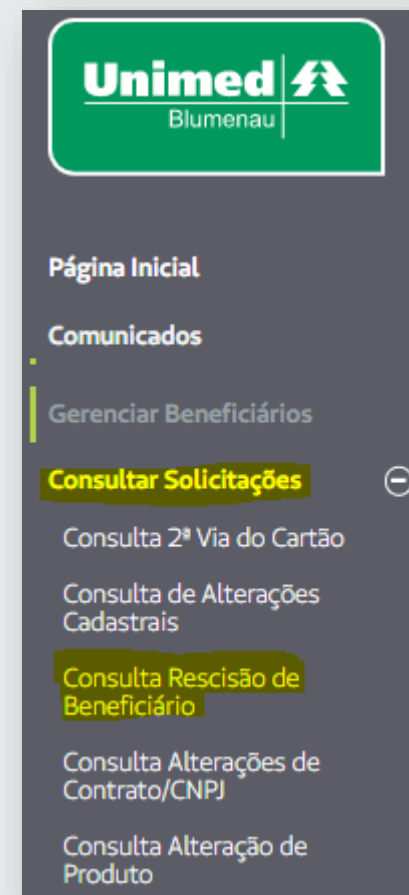
Seu processo foi concluído!

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”



Unimed

somos
COOP

17

Alterar o filtro “Status” para “Rejeitado” e clique em “Detalhes”

CONSULTAR RESCISÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Período de: 01/01/2022 Até: 31/12/2022 Status: Rejeitado Rescindidos com direito a reinclusão RN 279: Todos

BUSCAR

NÚMERO DA SOLITAÇÃO	DATA SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	TITULAR	DATA DA LIBERAÇÃO	DATA DA RESCISÃO	STATUS
33456120220302000004	02/03/2022 16:51:48			02/03/2022 16:51:50		Solicitação rejeitada

Detalhes Relatório

Exibindo 1 de 1 registros

Unimed

somos
coop

18

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



Motivo da Solicitação Rejeitada

FALTOU ANEXAR FORMULARIO DE
EXCLUSÃO

Teste


Ok

Unimed 

somos
coop 

19

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



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

20

Selecione o beneficiário e clique em “Editar Registros”.

CONSULTAR RESCISÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Período de: 01/01/2022 Até: 31/12/2022 Status: Em aberto Rescindidos com direito a reinclusão RN 279: Todos

BUSCAR

NÚMERO DA SOLITAÇÃO	DATA SOLITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	TITULAR	DATA DA LIBERAÇÃO	DATA DA RESCISÃO	STATUS
49036	03/03/2022 09:22:42					Pendente de liberação

Ver / Anexar Relatório Excluir Liberar Registro Da Solicitação **Editar Registro**




21

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.

RESCINDIR BENEFICIÁRIO

Data da solicitação:	Usuário solicitação:	Causa da rescisão:	Data da rescisão:
<input type="text" value="10/03/2022, 08:57"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA"/>	<input type="text" value="17/03/2022, 08:57"/>
Titular contribuiu no pagamento da mensalidade do plano:		Titular se aposentou na empresa:	
<input type="text" value="Não"/>		<input type="text" value="Não"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Devolução Cartão			
Observação: <input type="text"/>			
Forma de Contato: <input type="text" value="E-mail"/>			
E-mail: <input type="text"/>			
Anexo: 			

VOLTAR CANCELAR VISUALIZAR FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO SALVAR SALVAR E LIBERAR

Unimed

somos
coop

Estamos à sua disposição.

Telefones: 0800 647 0026

E-mail: cadastro@unimedblumenau.com.br

Unimed 

somos
CCOP 