



Unimed 

somos
COOP 

Inclusão de Novos Beneficiários


Manuais Unimed Blumenau

Sumário

Acesso ao Portal	01
Login/Senha	02
Inclusões:	
Inclusão de titular	03
Inclusão de dependente anexo ao titular	06
Inclusão de dependente em que o titular já esta ativo no contrato	12
Avisos Importantes:	
Estagio do Status	18
Envio de comunicados e datas de documentos	19
Rejeições:	
Correção da rejeição.....	20
Documentações e calendário:	
Documentação titular	29
Documentações dependentes	30
Calendário	31







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

Bem-vindo
ao portal Unimed
Empresas

Unimed 
Blumenau

Desenvolvido por GrupoW Softwares para Internet 

Selecione seu perfil
e digite seus dados

Empresa 

Usuário

Senha

Entrar

[Esqueci minha senha](#)

[Aviso de Cookies](#)

Unimed 

somos
coop 

3



Precisa fazer uma Inclusão de Titular?

Siga as etapas a seguir!

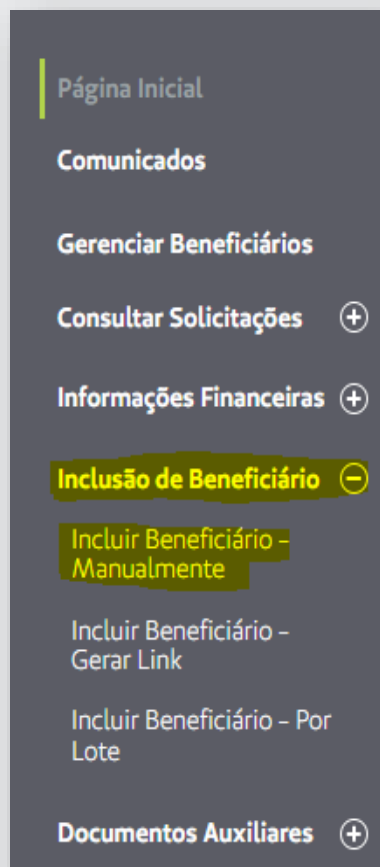
Unimed 

somos
coop 

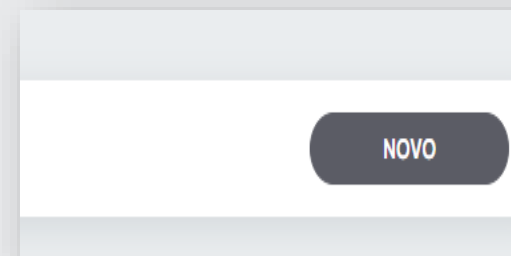
4

Inclusão de Titular:

Clique no menu “**Inclusão de Beneficiário – Incluir beneficiário Manualmente**”.



Em seguida clicar na opção **NOVO**, localizada no canto inferior direito da tela!



Unimed 

somos
coop 

5

Preencha os campos conforme os dados pessoais do beneficiário.

INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Data de adesão:

02/03/2022



Informar nome social

DADOS PESSOAIS

Nome:

Data de nascimento:

Estado civil:

Nacionalidade:

Sexo:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Estado de nascimento:

Cidade de nascimento:

Município de nascimento estrangeiro:

DOCUMENTOS

CPF:

RG:

Data de emissão:

País emissor RG:

UF emissora RG:

Órgão emissor:

RG estrangeiro:

Declaração de nascido vivo:

Cartão SUS:

Unimed

somos
coop

ENDEREÇO

CEP: Estado: Município: Bairro:

Tipo logradouro: Nº: Complemento:

CONTATOS

E-mail:

DDI - Telefone: DDD/Telefone: DDI - Celular: DDD/Celular:

Importante preencher todos os campos corretamente, inclusive os dados de e-mail e telefone.



No campo anexos deverá ser anexado todos os documentos pertinentes a inclusão (descritos na etapa 30).

Clique no sinal de + localizado no canto direito onde será possível anexar vários documentos. Após anexa-los clicar em **Salvar**.

DADOS ADICIONAIS

Matricula: Data de admissão do titular: Motivo da inclusão:

Produto:

Observação:

ANEXOS

Formulário de Inclusão / Comprovante de Vínculo / CPF / RG (conforme regra contratual):


VOLTAR

6



Se sua inclusão for apenas de titular siga diretamente para o item 08.

Se houver dependentes clique na opção “**adicionar dependente**” disponível ao final do cadastro do titular:

 **ADICIONAR DEPENDENTE**

Unimed 

somos
coop 

7 Inclusão de dependente na mesma data de adesão do titular

Clique em “Adicionar Dependente”

INCLUSÃO DE DEPENDENTE

Nome do dependente: E-mail: Motivo de inclusão:

Grau de parentesco: Produto:

Data de nascimento: Data de vigência: DDD/Telefone: Nacionalidade:

Estado de nascimento: Cidade de nascimento: CPF: RG: País emissor:

Órgão: UF: Data Exp. RG: Estado civil: Sexo: Nº Passaporte:

Filiação (pai): Filiação (mãe):

ANEXOS

Certidão de Nascimento:

SALVAR

ADICIONAR DEPENDENTE



VOLTAR **SALVAR E LIBERAR**

- Preencher os campos conforme os dados pessoais do dependente e anexar as documentações (etapa 31).
- Em seguida **SALVAR** e depois clicar em **VOLTAR**;

Caso houver a necessidade de inclusão de mais de um dependente clicar novamente em “Adicionar Dependente”.

8

Clicar no sinal de + localizado no canto direito do da página (**no cadastro do titular**) e imprimir o formulário cadastral na aba **Relatório**.

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425249	Dependente	TITULAR	02/03/2022 11:08:37	Aguard. Liberação 
425248	TITULAR		02/03/2022 11:05:36	Aguard. Liberação 

[Relatório](#) [Liberar](#) [Editar](#)

Unimed 

somos
COOP 



Surgirá no formato PDF o Formulário Cadastral de Inclusão. Devem ser confirmadas as informações e recolhida as assinaturas e carimbo necessários.

Alguns formulários poderão exigir assinatura do titular.

Unimed F3
www.unimedblumenau.coop.br
SAC: 0800 647 9024

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 Blumenau sobre:

Inclusão de Titular Inclusão de Dependente Alteração de Plano Outros

Plano escolhido: AMBIO FÁCIL S UNIFLEX Outros Regulamentados:

Abrangência geográfica escolhida: VALE ESTADUAL NACIONAL

Acomodação escolhida: EMPRESA APARTAMENTO

Capacitação escolhida: SPL SPL SPL Registro de Plano na ANS: **4000004**

Endereço Residencial Titular: **ROBERTO ACHTERBERG** N.º: **148**

Contratante: **SALTO WEISSBACH**

Cidade: **BLUMENAU** UF: **SC** CEP: **89032001**

E-mail: **jardinech@gmail.com** Celular: **(51) 99003049** Telefone:

Nome do Titular TITULAR

Data de Nascimento: **18/11/1988** Município e Estado de Nascimento: **BLUMENAU SC**

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: **07/08/2018**

Filiação: **WALTER** Matrícula:

Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

Nome do Dependente DEPENDENTE

Data de Nascimento: **20/02/2008** Município e Estado de Nascimento: **BLUMENAU SC**

CPF: **710206120** RG, Orgão e UF: **4704420 - SSP - SC** Data Exp. RG: **01/06/2018**

Estado Civil: **S** Sexo: **M** Nº Passaporte:

Filiação: **JULIANA**

Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

Nome do Dependente DEPENDENTE

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: 22/08/2018 Rev. 09 UNIMED BLUMENAU - ANS 33.636-1

Unimed F3
www.unimedblumenau.coop.br
SAC: 0800 647 9024

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 - Espo(a), CP - Companheira(o), 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 respectivas coberturas, bem como das relações de serviços e taxas previstas, aplicadas 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.unimedblumenau.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.unimedblumenau.coop.br e/ou SAC: 0800 647 9024;
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 Inicia Ativa para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9636/98; e - o Guia de Entrega Contratual - GEC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, sendo assim, a disponibilizar, sempre que demandado pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplado, no mínimo, em todas as referências ao GEC.

Os formulários cadastrais deverão ser entregues à Unimed Blumenau 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.unimedblumenau.coop.br, nos Serviços ao Cliente/Usuário de Formulários e Declarações.

Data

Assinatura e Carimbo do Contratante

FOR: 001 Data de Revisão: 22/08/2018 Rev. 09 UNIMED BLUMENAU - ANS 33.636-1



9

Após digitalizar o formulário com o carimbo e assinatura, anexa-lo com os demais documentos.

Clicar em “**Editar**”

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425249	Dependente	TITULAR	02/03/2022 11:08:37	Aguard. Liberação
425248	TITULAR		02/03/2022 11:05:36	Aguard. Liberação

Relatório Liberar **Editar**

Se houver titular + dependente o formulário poderá ser anexo apenas ao cadastro do titular.

Descer a barra de rolagem clicando no sinal de + e anexar. Em seguida clicar em **Salvar** e **Voltar**.

ANEXOS

Certidão de Nascimento:

18ab3142-e196-4

VOLTAR IMPRIMIR **SALVAR** SALVAR E LIBERAR

Solicitação gerada com sucesso

A mensagem de confirmação aparecerá no canto superior da tela, porém ainda precisamos **liberar** a solicitação.

10

Para liberar as solicitações clique novamente sinal de + localizado no canto direito ”.

INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425249	Dependente	TITULAR	02/03/2022 11:08:37	Aguard. Liberação +
425248	TITULAR		02/03/2022 11:05:36	Aguard. Liberação +

Inicie a liberação pelo titular e em seguida os dependentes

425248	TITULAR		02/03/2022 11:05:36	Aguard. Liberação -
Relatório				Liberar Editar
425249	Dependente	TITULAR	02/03/2022 11:08:37	Aguard. Liberação -
Relatório				Liberar Editar

Unimed



somos
coop

11 Em seguida a mensagem de confirmação será apresentada.



Ao realizar as solicitações no portal, não esquecer de “Liberar”, pois caso isso não ocorra a Unimed Blumenau não receberá a sua solicitação.

Após a liberação da inclusão via portal o Status ficará como **Aguardando Análise da Operadora**, ou seja, a Unimed recebeu a sua solicitação e a mesma estará aguardando a nossa análise.

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425263	TITULAR		02/03/2022 17:05:17	Aguard. Anál. Operadora

Unimed

somos
COOP

12



Precisa incluir um dependente em que o titular já está ativo no contrato?

Siga as etapas abaixo!

Unimed 

somos
coop 

13

Inclusão de dependente de titulares já ativos no contrato:

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 na opção **Incluir Dependente**.

The screenshot displays the 'Gerenciar Beneficiários' (Manage Beneficiaries) interface. On the left, a sidebar menu includes options like 'Página Inicial', 'Comunicados', and 'Gerenciar Beneficiários' (highlighted). The main area features a search form with fields for 'Beneficiário' and 'Carteirinha', and filters for 'Tipo de data', 'Data de', 'Data até', 'Grau de parentesco', 'Matrícula', 'Situação' (set to 'Ativo'), and 'Situação trabalhista' (set to 'Todos'). A 'CONSULTAR' button is visible. Below the form is a table of beneficiaries:

<input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO	CARTEIRA	DATA CONTRATAÇÃO	DATA PREV. RESCISÃO	DATA RESCISÃO	TITULAR	TITULARIDADE	SITUAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	[Redacted]	[Redacted]	01/08/2002				Titular	Ativo

At the bottom of the table, there are several action buttons: 'Relatórios', 'Visualizar Carências', 'Alterar Produto', 'Alterar Contrato/CNPJ', 'Rescindir Beneficiário', 'Alterar Dados Cadastrais', and 'Incluir Dependentes' (highlighted in yellow).

Unimed

somos
coop

14

Preencher os campos conforme os dados pessoais do dependente

Em seguida **SALVAR** e depois clicar em **VOLTAR**;

O produto do dependente ficará em branco, pois ira aderir o mesmo do titular.

INCLUIR DEPENDENTE

TITULAR: TITULAR

Nome do dependente:	E-mail:	Motivo de inclusão:			
<input type="text" value="Dependente Titular Existente"/>	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value="Novo"/>			
Grau de parentesco:	Produto:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Data de nascimento:	Data de vigência:	DDD/Telefone:	Nacionalidade:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Estado de nascimento:	Cidade de nascimento:	CPF:	RG:	País emissor:	
<input type="text"/>	<input type="text" value="Cidades"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Órgão:	UF:	Data Exp. RG:	Estado civil:	Sexo:	Nº Passaporte:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filiação (pai):	Filiação (mãe):				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

ANEXOS

Certidão de Nascimento:

VOLTAR

SALVAR

SALVAR




Perfeito!

Solicitação gerada com sucesso

Ok

Unimed


somos
coop

Unimed 
Blumenau

Página Inicial

Comunicados

Gerenciar Beneficiários

Consultar Solicitações 

Consulta 2ª Via do Cartão

Consulta de Alterações Cadastrais

Consulta Rescisão de Beneficiário

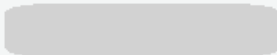


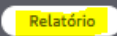
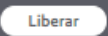

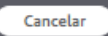
Consulta Alterações de Contrato/CNPJ

Consulta Alteração de Produto

Consulta Inclusão de Beneficiário

Clique novamente no menu “Consultar solicitações – Consulta Inclusão de Beneficiário”.

Em seguida clicar no sinal de + localizado no canto direito do titular e imprimir o formulário cadastral na opção **relatórios**.

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425294	Dependente Titular Existente		03/03/2022 10:44:34	 Aguard. Liberação 
		  		



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

Alguns formulários poderão exigir assinatura do titular.

Unimed F1
www.unimedblumenau.coop.br
SAC: 0800 647 9024

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 Blumenau sobre:

Inclusão do Titular Inclusão de Dependente Alteração de Plano Outros

Plano escolhido: AMBIO FÁCIL S UNIFLEX Outros Regulamentados:

Abrangência geográfica escolhida: VALE ESTADUAL NACIONAL

Acomodação escolhida: EMPRESA APARTAMENTO

Capacitação escolhida: SPL SPL SPL Registro do Plano na ANS: **4000004**

Endereço Residencial Titular: **ROBERTO ACHTERBERG** N.º: **148**

Contato Titular: **RAIJO SALTO WEISSBACH**

Cidade: **BLUMENAU** UF: **SC** CEP: **89032201**

E-mail: **jornalinh@net.com** Celular: **(51) 99003049** Telefone:

Nome do Titular TITULAR:

Data de Nascimento: **18/11/1988** Município e Estado de Nascimento: **BLUMENAU SC**

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: **07/08/2018**

Filiação: **WALTER** Matrícula:

Filiação: **WALTER**

Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

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

Data de Nascimento: **26/02/2008** Município e Estado de Nascimento: **BLUMENAU SC**

CPF: **730060430** RG, Orgão e UF: **4204420 - SSP - SC** Data Exp. RG: **01/06/2018**

Estado Civil: **S** Sexo: **M** Nº Passaporte:

Filiação: **JULIANA**

Filiação: **DIORATIAN**

Operadora de Origem: Incluído: Excluído:

Nome do 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: 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: 22/08/2018 Rev. 09 UNIMED BLUMENAU - ANS 33.636-1

Unimed F1
www.unimedblumenau.coop.br
SAC: 0800 647 9024

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 - Espósa(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) **Estados 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 respectivas coberturas, bem como das relações de serviços e tarifas previstas, aplicadas 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.unimedblumenau.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.unimedblumenau.coop.br e/ou SAC: 0800 647 9024;
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 hora extra para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9636/98; e - o Guia de Leitura Contratual - GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, sendo assim, a disponibilizar, sempre que demandado pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplado, no mínimo, em termos referenciados ao GLC.

Os formulários cadastrais deverão ser entregues à Unimed Blumenau 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.unimedblumenau.coop.br, nos Serviços ao Cliente/Usuário de Formulários e Declarações.

Data **Assinatura e Carimbo da Contratante**

FOR: 001 Data de Revisão: 22/08/2018 Rev. 09 UNIMED BLUMENAU - ANS 33.636-1





16 Após digitalizar o formulário com o carimbo e assinatura, Clicar em “**Editar**”.

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425294	Dependente Titular Existente	[REDACTED]	03/03/2022 10:44:34	Aguard. Liberação
Relatório		Liberar Editar Cancelar		

Descer a barra de rolagem clicando no sinal de + e anexar todos os documentos (descritos na etapa 31). Em seguida clicar **Salvar e Liberar**.

ANEXOS

Certidão de Nascimento:


18ab3142-
e196-4


VOLTAR IMPRIMIR SALVAR SALVAR E LIBERAR

✓ Solicitação gerada com sucesso

✓ Solicitação Liberada com Sucesso

A mensagem de confirmação aparecerá no canto superior da tela.

17

Após a liberação da inclusão via portal o Status ficará como **Aguardando Análise da Operadora**, ou seja, a Unimed recebeu sua solicitação e irá analisá-la.

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425294	Dependente Titular Existente		03/03/2022 10:44:34	Aguard. Anál. Operadora

Unimed

somos
COOP



IMPORTANTE!

- Após a sua Liberção de Inclusão. A Unimed Blumenau tem um prazo de 4 dias úteis para a análise destas movimentações, dentro desse período a empresa poderá acompanhar via portal conforme status abaixo:

Vejamos os status:

- Solicitação em Andamento: Estamos analisando os documentos enviados;
- Aguardando Análise da Declaração de Saúde: Proposta aguardando análise médica ou entrevista qualificada referente a Declaração de Saúde. Em casos em que houverem doenças ou lesões preexistente estará aguardando a assinatura do beneficiário no Termo de Cobertura Parcial temporária (CPT);
- Contratação Concluída: A adesão do beneficiário já esta concluída e a empresa poderá verificar o número do cartão através da ABA>Gerenciar Beneficiário.
- Solicitação Rejeitada: Houve alguma pendência documental, nesse caso a empresa deverá corrigir conforme passo a passo 20.

19



IMPORTANTE!

- Todas as liberações realizadas via portal que não estejam de acordo com o processo ou com qualquer pendência, serão rejeitadas para sua correção. O comunicado de rejeição é enviado para o e-mail cadastrado no momento da implantação do contrato junto a Unimed Blumenau. É de extrema importância que este sempre esteja atualizado.
- Todo documento ou formulário enviado para a inclusão não podem ser preenchidas com datas futuras. A data deve ser de acordo com a data do preenchimento.

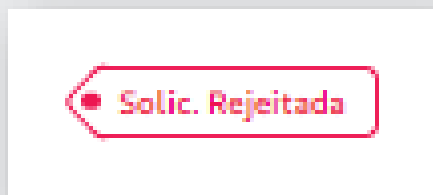
Unimed 

somos
coop 

20



A solicitação foi rejeitada?



- Abaixo você encontrará o passo a passo para corrigi-la.


Unimed 

somos
coop 

21

Rejeição: Para visualizar o motivo clique no menu 'Consultar solicitações' e no submenu 'Consulta Inclusão de Beneficiário'.

- Clicar no sinal de + localizado no canto direito e selecionar "Motivo De Rejeição".



Unimed
Blumenau

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 INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Status: Modelo do Lote:

Período de: Período até: Lote: **BUSCAR**

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425262	TITULAR		02/03/2022 17:04:01	Solic. Rejeitada +

Relatório **Motivo De Rejeição** Refazer Inclusão Cancelar

Unimed

somos
COOP

22

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



23

Para correção clique no menu 'Consultar solicitações' e no submenu 'Consulta Inclusão de Beneficiário', clique em "Refazer Inclusão".



Unimed



somos
coop

24

Desça a barra de rolagem e clique no campo

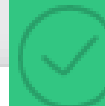
NOVO

Se houver dependentes a correção deve ser feita seguindo os mesmos passos.

25

Clique no sinal de + e anexe o documento solicitado, após clicar em “**Salvar e Voltar**”

- Em seguida a mensagem de confirmação será apresentada no canto superior direito da tela. Porém ainda precisamos liberar a solicitação.



Solicitação gerada com sucesso

ANEXOS

Formulário de Inclusão / Comprovante de Vínculo / CPF / RG (conforme regra contratual):



Página 07.pdf





VOLTAR

SALVAR


26

Para liberar as solicitações clique novamente sinal de + localizado no canto direito ”.


INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425249	Dependente	TITULAR	02/03/2022 11:08:37	Aguard. Liberação 
425248	TITULAR		02/03/2022 11:05:36	Aguard. Liberação 

Inicie a liberação pelo **titular** e em seguida os **dependentes** (se houver).

425248 **TITULAR** 02/03/2022 11:05:36 Aguard. Liberação 

Relatório Liberar Editar

425249 **Dependente** TITULAR 02/03/2022 11:08:37 Aguard. Liberação 

Relatório Liberar Editar

Unimed 

somos
coop 

27

Após a liberação da inclusão via portal o Status ficará como **Aguardando Análise da Operadora**, ou seja, a Unimed recebeu sua solicitação e irá analisá-la.

SOLICITAÇÃO	BENEFICIÁRIO	NOME DO TITULAR	DATA DE SOLICITAÇÃO	STATUS
425294	Dependente Titular Existente		03/03/2022 10:44:34	Aguard. Anál. Operadora

Unimed

somos
coop

Após a liberação, a Unimed iniciará reanálise da documentação, quando estiver concluído, aparecerá o Status **'Contratação Concluída'**.

Você chegou ao fim do processo de inclusão!



Na sequência apresentaremos também algumas orientações importantes como:

- Documentações necessárias;
- Regra de calendário para movimentações.



Documentos titulares

- Comprovante de Vínculo Empregatício (Cópia CTPS - página da qualificação civil e contrato de trabalho ou Ficha Registro com carimbo e assinatura da empresa ou Relatório Gfip/E-social);
- Documentos pessoais (RG/CPF ou CNH, comprovante de endereço nominal ou com declaração de residência emitida em até 90 dias);
- Formulário Cadastral de Manutenção (Emitido no momento da solicitação de inclusão – Campo Relatórios);
- Declaração de Saúde – (Quando necessário) - (Disponível em Documentos Auxiliares> Documentos do Contrato > Declaração de Saúde > Download).



Documentos de dependentes

- Esposa(o) ou Companheiro(a) - RG/CPF, Certidão de Casamento Civil ou Escritura Pública emitida pelo cartório; ou Declaração de União Estável de acordo com artigo 1.723 do Código Civil com assinatura do casal reconhecida em cartório e assinatura de duas testemunhas;
- Filho(a) - RG/CPF ou Certidão de Nascimento (CPF obrigatório para todas as idades);
- Filho(a) adotivo (a) - RG/CPF ou Certidão de Nascimento, Termo de Adoção ou Termo de Guarda;
- Enteado - RG/CPF ou Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável entre titular e cônjuge;
- Declaração de Saúde – (Quando necessário) - (Disponível em [Documentos Auxiliares](#)> [Documentos do Contrato](#) > [Declaração de Saúde](#) > [Download](#)).
- Formulário Cadastral de Manutenção - (Caso a inclusão esteja sendo realizada junto com a do titular, imprimir na solicitação do titular).



Calendário

Toda movimentação solicitada via portal entre os dias 01 ao dia 30/31 do mês, ficará para o primeiro dia do mês subsequente, a única diferença é referente ao faturamento:

- Movimentações efetivadas até dia 20 será processadas no próximo faturamento (Com exceção das inclusões que fiquem pendentes devido a entrevista médica);
- Movimentações após o dia 20 cairão de forma retroativa apenas no mês seguinte ao subsequente.

domingo	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira	sábado
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	22 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	23 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	24 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	25 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	26 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.
27 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	28 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	29 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	30 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	31 Cobrança da mensalidade na próxima fatura.	1	2

Estamos à sua disposição.

Telefones: 0800 647 0026

E-mail: cadastro@unimedblumenau.com.br

Unimed 

somos
CCOP 