

PLANO MÉDICO ASSISTENCIAL E ODONTOLÓGICO - PMO

Portal de Serviços - Manual do Usuário

Perfil Beneficiário Titular

Sumário

1. HOME	3
2. MEUS DADOS	3
2.1. Dados Cadastrais	3
2.1.1. Aba Dados Gerais	3
2.1.2. Aba Endereço Residencial	4
2.1.3. Aba Dependentes	5
2.2. Meus Planos	5
3. EXTRATOS	8
3.1. Coparticipação	8
3.2. Utilização	10
3.3. Reembolso	13
4. CARTEIRINHA	15
4.1. Minha Carteirainha	15
5. FALE CONOSCO	16
5.1. SAC	16
5.2. Reclamações/Sugestões	17

1. HOME

Ao acessar o Portal de Serviços com usuário do tipo Beneficiário, a seguinte tela será apresentada:



Portal de Serviços – Beneficiário – Tela inicial.

A navegação na página ocorre pelo menu lateral esquerdo. No centro da página inicial, haverá avisos relevantes ao beneficiário.

2. MEUS DADOS

Para acessar os dados do beneficiário, clique no menu **Meus Dados**.

No submenu é possível visualizar os dados do beneficiário, seus planos, realizar a atualização cadastral deste e visualizar o histórico de atualizações realizadas.

2.1. Dados Cadastrais

Nesta função, o usuário terá acesso aos próprios dados cadastrais, sendo possível a alteração e atualização desses.

2.1.1. Aba Dados Gerais

Na aba **Dados Gerais**, visualize os dados pessoais do beneficiário.

DADOS CADASTRAIS [Solicitar alteração cadastral](#)

Dados Gerais | **Endereço Residencial** | Endereço Correspondência | Endereço Comercial | Dependentes 10+

Nome: BRUNNA BRAGA PEREIRA TESTE C.P.F.: 880.446.523-96

Beneficiário: 30000443600000 Carteirinha: 3000044360000092 Matrícula Funcional: 55859853

Data de Nascimento: 14/04/1989 Celular: 44999999999 E-mail: matheus.frota@benner.com.br

Número CNS: Data de Adesão: 14/07/2010 Data de Direito ao Plano: 15/04/2021

Contrato: 30 - ARCELORMITTAL SISTEMAS S.A.1

Data de Cancelamento: Data de Atendimento At: Motivo do Cancelamento

Dados Cadastrais.

2.1.2. Aba Endereço Residencial

Na aba **Endereço Residencial**, visualize os dados sobre referentes ao endereço de moradia do beneficiário.

DADOS CADASTRAIS [Solicitar alteração cadastral](#)

Dados Gerais | **Endereço Residencial** | Endereço Correspondência | Endereço Comercial | Dependentes 10+

Logradouro: RUA BRAGANCA Número: 665

Bairro: ZONA 07 Complemento: APTO 10

Cep: 87020-220 Município: Maringá Estado: Paraná

Telefone Principal: () - Telefone 2: () -

Aba Endereço.



Saiba Mais

As abas **Endereço Correspondência** e **Endereço Comercial** apresentam os mesmos campos que a aba **Endereço Residencial**.

2.1.3. Aba Dependentes

Na aba **Dependentes**, apresentam-se os dados sobre referentes aos dependentes do beneficiário titular.

DADOS CADÁSTRAIS [Solicitar alteração cadastral](#)

Dados Gerais | Endereço Residencial | Endereço Correspondência | Endereço Comercial | Dependentes **10**

[Relatório de Carências](#)

Nome	Beneficiário	Plano	Tipo de dependente	Data de nascimento	Data de adesão	Data de cancelamento	Motivo do cancelamento	Data de atendimento até	Ações
ANTONIO GABRIEL PELACANI	00030000443613	ABEB	Filho(a)/Enteado(a)/Menor sob guarda	17/08/2022	01/09/2022				Carências
Anduin Wrynn	00030000443609	ABEB	Dependentes	31/05/2002	14/06/2021				Carências
ALBANY BENTA LEONI	00030000443608	ABEB	Dependentes	24/03/2010	10/03/2021				Carências
LUIZ ILSON OGLIARI	00030000443610	ABEB	Dependentes	29/03/2019	29/03/2019				Carências
DALILA KAMMKE	000300004436012	ABEB	Dependentes	01/02/2019	13/02/2019				Carências
SAIMON SEVERINO HANS INACIO PASA	000300004436011	ABEB	Dependentes	14/10/1981	30/01/2018				Carências

Beneficiários Dependentes.

2.2. Meus Planos

Ao acessar o menu **Meus Planos**, os planos de saúde vinculados ao beneficiário serão exibidos.

MODULO 3 (ESTE É O SEU PLANO PRINCIPAL)

Manuais do Plano

Plano	999.999/99-9 - ABEB	Abrangência	Nacional
Acomodação	Acomodação Padrão	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria
Contratação	14/07/2010	Tipo do Contrato	Coletivo por Adesão
Nome Fantasia da Operadora	ABEB	Razão Social da Operadora	ASSOCIACAO BENEF DOS EMPREGADOS DAS EMPRESAS ARCELOR MITTAL
Nome Fantasia do Contratante	ARCELOR MITTAL SISTEMAS S.A.1	Razão Social do Contratante	ABEB
Regulamentação	Regulamentado	Término de Coberturas Parciais Temporárias	Não há coberturas parciais vigentes.

Carências	
Classificação	Dias
Procedimentos Ambulatoriais	90
Odontológicos	60
Hospitalares	90
Parto a Termo	360

← Anterior 1 2 Próximo →

Planos.



Saiba Mais

Botão Manuais do Plano

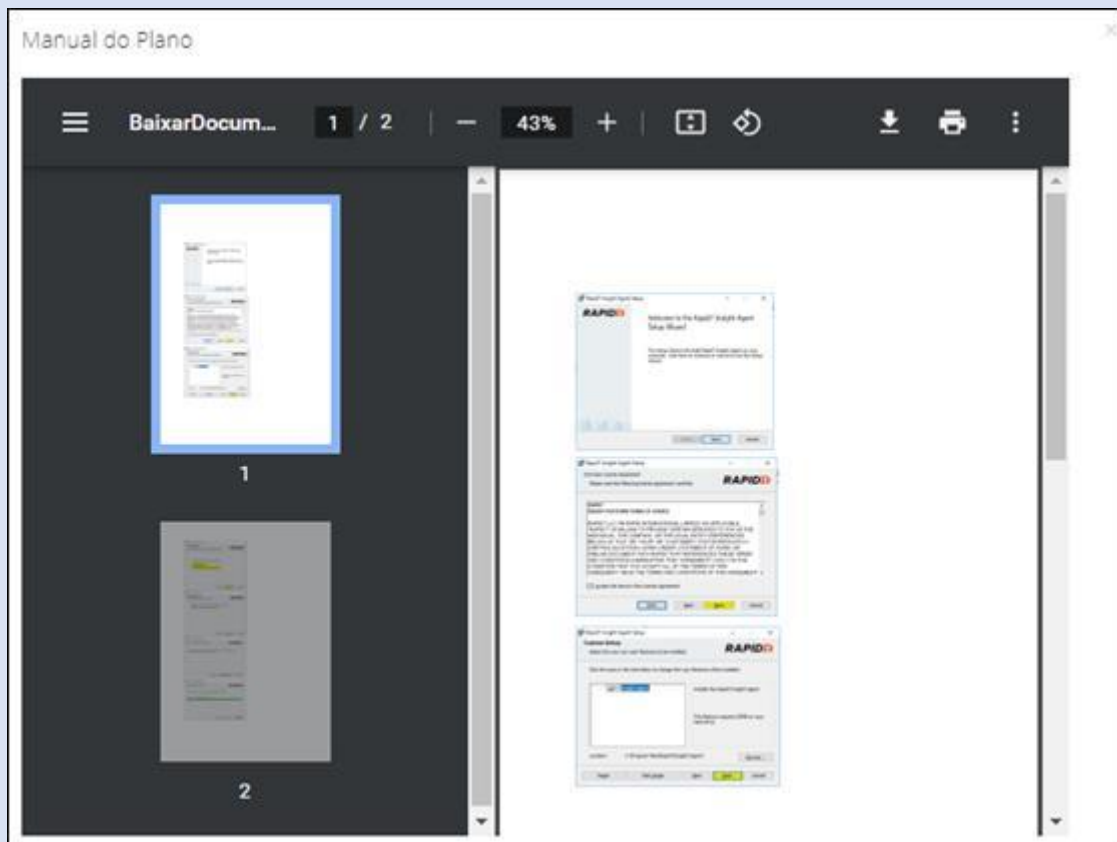
Por meio deste botão, o beneficiário consegue visualizar, fazer o download e imprimir a documentação de cada plano atribuído a ele. Esse manual contém algumas informações a respeito do(s) plano(s) vinculado(s) ao beneficiário, tais como: principal/regulamentado, suplementação, entre outros.



Descrição	Nome do Arquivo
Teste	manual_siem_Rapid7.pdf
teste	bkup configs.txt

Botão Manuais do Plano.

Para visualizar o manual desejado, clique no nome do arquivo.



Visualização de Arquivo - Manual.

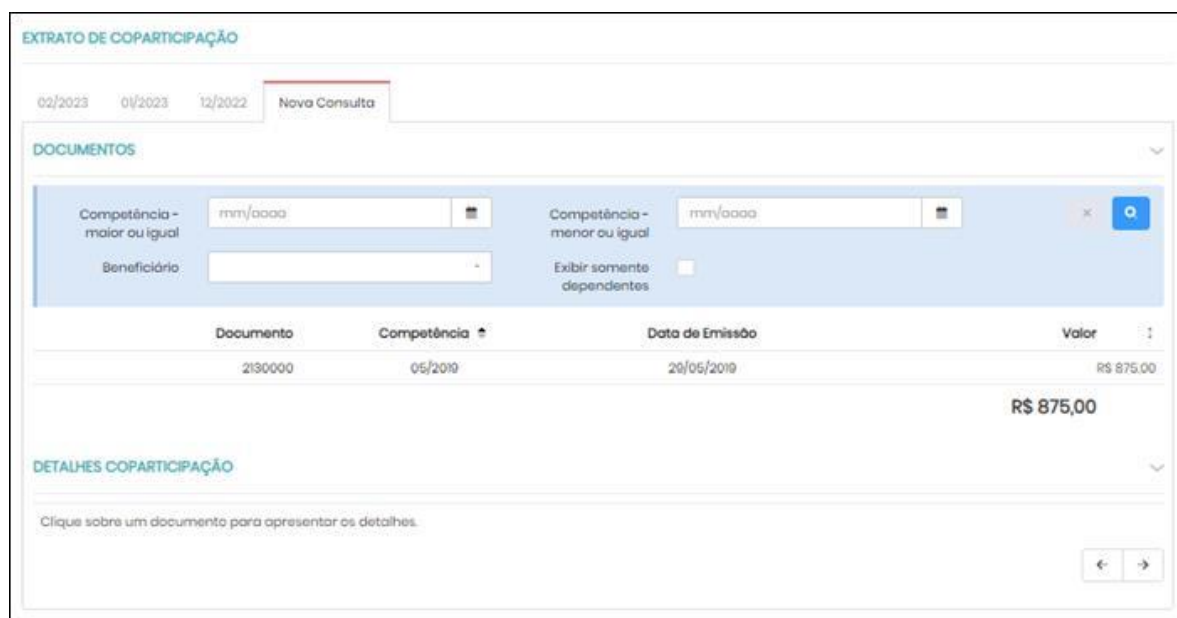
3. EXTRATOS

3.1. Coparticipação

Nesta opção é possível visualizar o extrato de coparticipação, que estará listado de acordo, automaticamente, com a competência atual.

Para realizar a consulta em um período específico, siga os passos:

1. Clique na aba **Nova Consulta**.
2. Preencha os campos da seção **Documentos** para a pesquisa:



EXTRATO DE COPARTICIPAÇÃO

02/2023 01/2023 12/2022 Nova Consulta

DOCUMENTOS

Competência - maior ou igual: mm/aaaa
Beneficiário:
Competência - menor ou igual: mm/aaaa
Exibir somente dependentes:

Documento	Competência	Data de Emissão	Valor
2130000	05/2019	20/05/2019	R\$ 875,00

DETALHES COPARTICIPAÇÃO

Clique sobre um documento para apresentar os detalhes.

Extrato de Coparticipação.

- **Competência - maior ou igual**, ou seja, o período maior ou igual ao valor informado.
- **Competência - menor ou igual**, ou seja, o período menor ou igual ao valor informado.
- **Beneficiário**, ou seja, o nome do beneficiário.
- **Exibir somente dependentes**, se marcado, exhibe somente os dependentes cadastrados para o beneficiário.

3. Clique em **Pesquisar**.

EXTRATO DE COPARTICIPAÇÃO

02/2023 01/2023 12/2022 **Nova Consulta**

DOCUMENTOS

Competência - maior ou igual: 05/2019
Beneficiário: BRUNNA BRAGA PEREIRA
Competência - menor ou igual: 06/2019
Exibir somente dependentes:

Documento	Competência	Data de Emissão	Valor
2130000	05/2019	20/05/2019	R\$ 875,00

R\$ 875,00

DETALHES COPARTICIPAÇÃO

Clique sobre um documento para apresentar os detalhes.

Extrato de Coparticipação.

4. Clique no registro do documento desejado para visualizar os detalhes.

EXTRATO DE COPARTICIPAÇÃO

02/2023 01/2023 12/2022 **Nova Consulta**

DOCUMENTOS

Competência - maior ou igual 01/2018 Competência - menor ou igual 01/2018

Beneficiário BRUNNA BRAGA PEREIRA Exibir somente dependentes

Documento	Competência	Data de Emissão	Valor
230000	01/2018	20/01/2018	R\$ 875,00

R\$ 875,00

DETALHES COPARTICIPAÇÃO

Beneficiário	Família	Procedimento	Tip. Serviço	Prestador	Qtd. Apr.	Nome Fantasia	Valor Procedimento	Valor Coparticipação	Atendimento
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	SP/SADT	HOSPITAL 9 DE JULHO	100	HOSPITAL 9 DE JULHO FANTASIA	R\$ 00,00	R\$ 30,00	22/06/2018
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	SP/SADT	HOSPITAL 9 DE JULHO	100	HOSPITAL 9 DE JULHO FANTASIA	R\$ 0,00	R\$ 0,00	20/04/2018
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	SP/SADT	HOSPITAL 9 DE JULHO	100	HOSPITAL 9 DE JULHO FANTASIA	R\$ 0,00	R\$ 0,00	18/04/2018
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	SP/SADT	HOSPITAL 9 DE JULHO	100	HOSPITAL 9 DE JULHO FANTASIA	R\$ 00,00	R\$ 25,00	18/04/2018
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	SP/SADT	HOSPITAL 9 DE JULHO	100	HOSPITAL 9 DE JULHO FANTASIA	R\$ 1500,00	R\$ 750,00	10/04/2018
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	SP/SADT	HOSPITAL HALBERT SABIN LTDA - LIVRE ESCOLHA	100	HOSPITAL ALBERT SABIN LTDA	R\$ 00,00	R\$ 45,00	14/07/2016
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	CONSULTA COM CLÍNICO GERAL EM CONSULTÓRIO	consulta	HOSPITAL LINKYSH S/S	100		R\$ 100,00	R\$ 10,00	24/06/2016
BRUNNA BRAGA PEREIRA	4436 - BRUNNA BRAGA PEREIRA	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	SP/SADT	HOSPITAL HALBERT SABIN LTDA - LIVRE ESCOLHA	100000	HOSPITAL ALBERT SABIN LTDA	R\$ 100,00	R\$ 10,00	24/06/2016

Extrato de Coparticipação - detalhes.



Saiba Mais

Botões

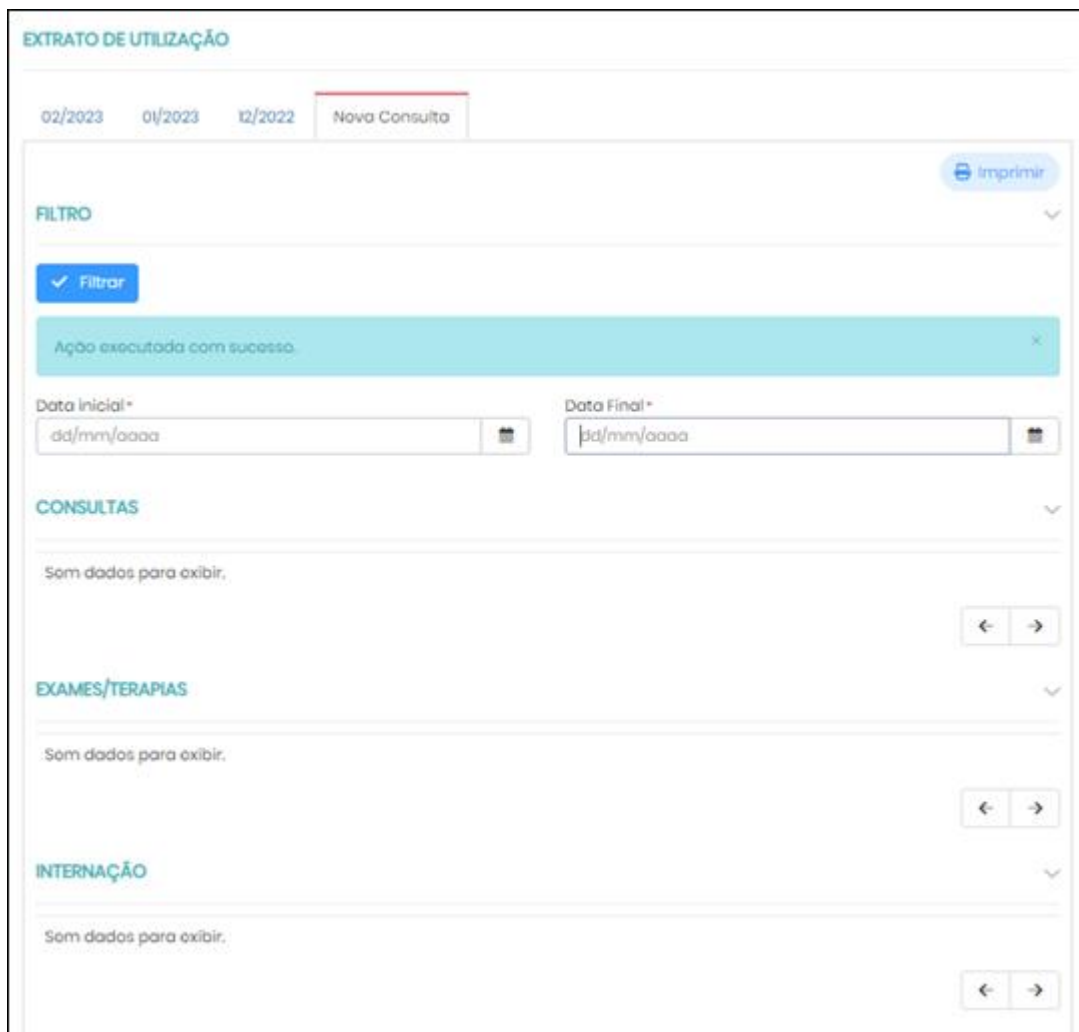
Imprimir: ao ser acionado, abre a tela do relatório para impressão.

3.2. Utilização

Nesta opção, estará registrado o histórico de utilização do plano de saúde disponibilizado pela operadora, incluindo detalhes sobre o serviço utilizado e valores cobrados.

Para realizar uma nova consulta, proceda da seguinte forma:

1. Clique na aba **Nova Consulta**.



EXTRATO DE UTILIZAÇÃO

02/2023 01/2023 12/2022 **Nova Consulta**

Imprimir

FILTRO

✓ Filtrar

Ação executada com sucesso.

Data Inicial*
dd/mm/aaaa

Data Final*
dd/mm/aaaa

CONSULTAS

Som dados para exibir.

EXAMES/TERAPIAS

Som dados para exibir.

INTERNAÇÃO

Som dados para exibir.

Nova Consulta – Utilização.

2. Informe o campo:

- **Data Inicial**, ou seja, a data de início do período a ser filtrado.
- **Data Final**, isto é, a data de fim do período a ser filtrado

3. Clique no botão **Filtrar**.

EXTRATO DE UTILIZAÇÃO

08/2021 01/2021 06/2021 Nova Consulta

FILTRO Imprimir

Filtrar

Ação executada com sucesso.

Competência: 01/2020

CONSULTAS

EXAMES/TERAPIAS

INTERNAÇÃO

OUTRAS DESPESAS

ODONTOLOGIA

SEM CLASSIFICAÇÃO

Beneficiário	Acendamento	Prestador	Nome Fantasia	CFF/CNPJ Prestador	Estrutura do Evento	Descrição	Serviço	Quant.	Valor Serviço
BRUNNA	02/01/2020	HOSPITAL		9012	00.01.0014	CONSULTA COM CLÍNICO GERAL EM CONSULTÓRIO	consulta	1	R\$ 0,00
BRUNNA	02/01/2020	UFANGELI		9122	1.01.01.012	Consulta em consultório (no horário normal do preestabelecido)	consulta	1	R\$ 0,00
									Valor Serviço: R\$ 0,00
Total Competência									Total Serviço: R\$ 0,00

Extrato de Utilização.



Saiba Mais

Extrato de Utilização/Coparticipação

Caso seja titular do plano, irá visualizar todas as utilizações suas e de seus dependentes. Se for dependente, irá visualizar somente as suas utilizações.

3.3. Reembolso

Nesta opção estão disponíveis as informações de reembolso dos beneficiários.

Ao selecionar **Detalhes Reembolso**, serão informados os detalhes como datas e valores para cada atendimento.

Serão apresentados todos os reembolsos solicitados, previstos para serem reembolsados na conta.

EXTRATO DE REEMBOLSO

2023 | 2022 | 2021 | Nova Consulta

BENEFICIÁRIOS

Beneficiário	Carteirinha	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor não Reembolsado (R\$)
BRUNNA BRAGA PEREIRA TESTE	3000044360000092	2.821,07	683,78	2.137,29

DETALHES REEMBOLSO

Nome do Prestador	CNPJ/CPF	Data Último atendimento	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor não Reembolsado (R\$)
HOSPITAL 9 DE JULHO	98291566000114	06/05/2022	320,00	0,00	320,00
HOSPITAL 9 DE JULHO - IMPAR SERV. HOSPITALARES	60884855000316	06/05/2022	1.408,00	287,25	1.120,75
HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA DE CASSIA	45714627601	17/02/2022	100,00	50,00	50,00
HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA DE CASSIA	51001807731	23/02/2022	155,22	77,61	77,61
zezinho	07764370975	29/05/2022	837,85	268,92	568,93
			Total do Valor Apresentado (R\$)	Total do Valor Reembolso (R\$)	Total do Valor Não Reembolsado (R\$)
			R\$ 2.821,07	R\$ 683,78	R\$ 2.137,29

Extrato de Reembolso.

Para exibir o relatório e realizar sua impressão, clique no botão **Imprimir**.

23/02/2023 17:30 Consulta Extrato de Reembolso

2023 © Benner PORTAL | Versão do Sistema

benner | portal

BENNER OPERADORA CNPJ: 50239465000178

Extrato de Reembolso

Beneficiário	Carteirinha	Total Apresentado (R\$)	Total do Reembolso (R\$)	Total Não Reembolsado (R\$)
BRUNNA BRAGA PEREIRA TESTE	3000044380000092	2821,07	683,78	2137,29

Prestador	CPF/CNPJ	Último Atendimento	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor Não Reembolsado (R\$)
HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA DE CASSIA	45714627801	17/02/2022	100,00	50,00	50,00

Data do Atendimento	Data do Crédito	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor Não Reembolsado (R\$)	Status
17/02/2022	23/02/2022	100,00	50,00	50,00	Pendente

Prestador	CPF/CNPJ	Último Atendimento	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor Não Reembolsado (R\$)
HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA DE CASSIA	51001807731	23/02/2022	155,22	77,61	77,61

Data do Atendimento	Data do Crédito	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor Não Reembolsado (R\$)	Status
23/02/2022	23/02/2022	155,22	77,61	77,61	Processado

Prestador	CPF/CNPJ	Último Atendimento	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor Não Reembolsado (R\$)
HOSPITAL 9 DE JULHO - IMPAR SERV. HOSPITALARES	60884855000316	06/05/2022	1408,00	267,25	1120,75

Data do Atendimento	Data do Crédito	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor Não Reembolsado (R\$)	Status
06/05/2022	06/05/2022	365,00	182,50	182,50	Pendente
06/05/2022	06/05/2022	135,00	67,50	67,50	Processado
06/05/2022	06/05/2022	400,00	0,00	400,00	Processado
06/05/2022	06/05/2022	210,00	0,00	210,00	Processado
06/05/2022	06/05/2022	298,00	37,25	260,75	Processado

Prestador	CPF/CNPJ	Último Atendimento	Valor Apresentado (R\$)	Valor do Reembolso (R\$)	Valor Não Reembolsado (R\$)
-----------	----------	--------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------

about:blank 1/2

Impressão.

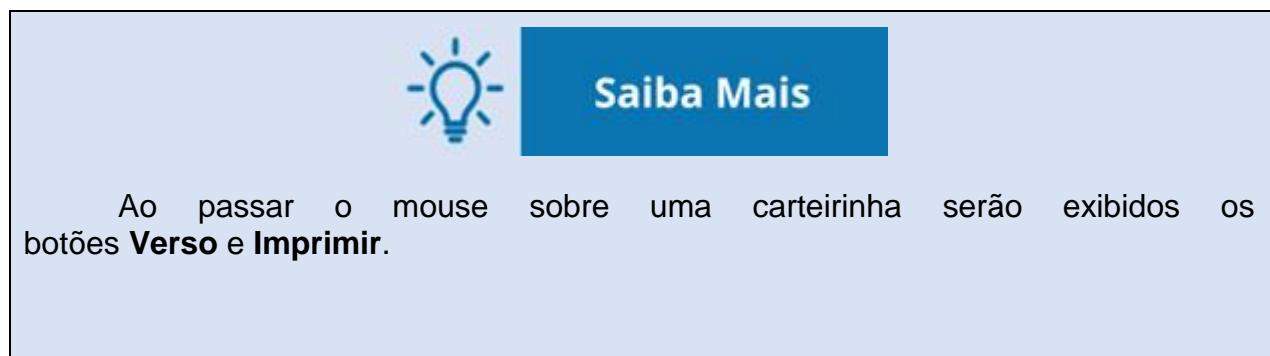
4. CARTEIRINHA

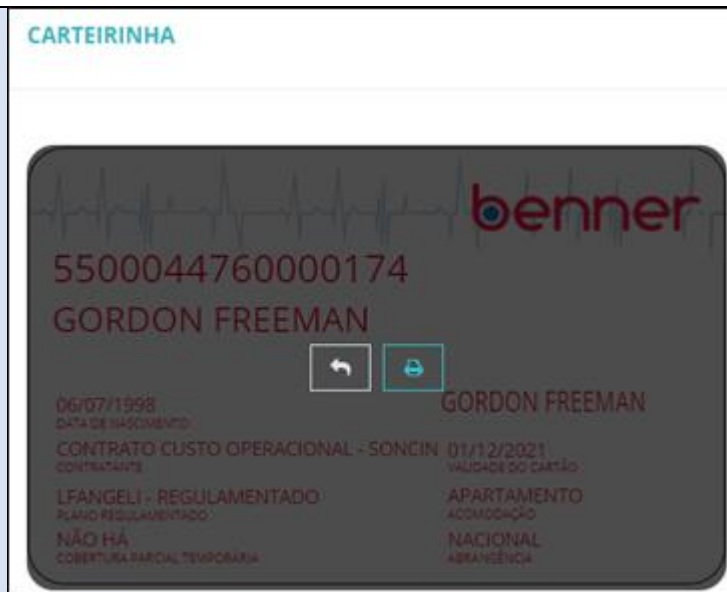
4.1. Minha Carteirainha

Nesta opção serão apresentados os dados das carteirainhas do beneficiário e seus dependentes.

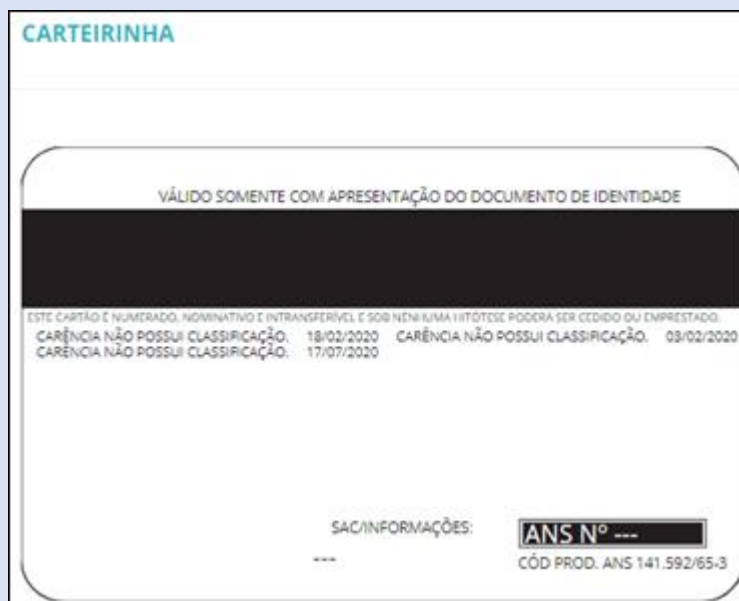


Carteirainha - Tela Inicial.





Carteirinha



Carteirinha – Verso.

5. FALE CONOSCO

5.1. SAC

Esta funcionalidade é responsável por mostrar os dados de contato da

operadora que presta atendimento ao cliente. Entre esses dados, estão: nome da unidade ou operadora, endereço, telefone, e-mail e descrição.

SAC – SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

PLANO MEDICO ASSISTENCIAL E ODONTOLÓGICO – INB

Endereço

Rod. Pres. Dutra, km 330, S/N, Eng. Passos - Resende/RJ CEP 27555-000

Telefone

(24)3321-8833

Telefone Adicional

(24)3321-8996

Email

codep-planomedico@inb.gov.br

Descrição

Telefones para contato: Horário Comercial: (24) 3321-8833 / 8996 / 8219 / 8630 / 8835 Sobreaviso (fora do horário comercial): (24) 99316-6247

SAC.

5.2. Reclamações/Sugestões

Neste menu é possível realizar e visualizar as reclamações e sugestões sobre o sistema.

RECLAMAÇÕES / SUGESTÕES

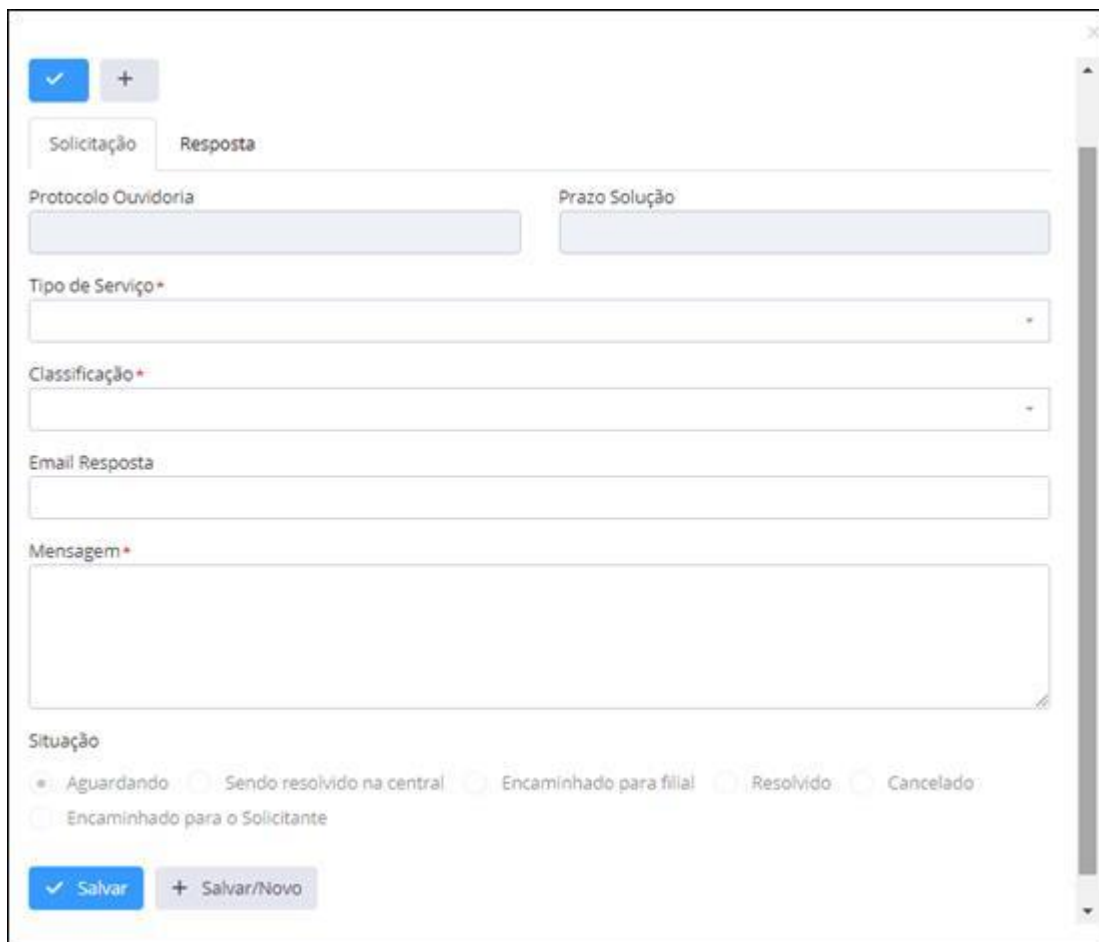
[+ Novo](#)

Protocolo Ouvidoria	Protocolo Atendimento	Tipo de Serviço	Classificação	Prazo Solução	Situação
0	32928220211207021154	Central Reclamações e Sugestões - Portal	Autorização de Procedimentos Eletivos	09/12/2021	Resolvido

Reclamações/Sugestões.

Para inserir uma reclamação/sugestão, siga os passos:

1. Clique no botão **Novo**.
2. Na aba **Solicitação**, informe os campos:

**Cadastro de Reclamações/Sugestões.**

- **Tipo de Serviço**, o serviço para onde pretende enviar a reclamação/sugestão.
- **Classificação**, a classificação do tipo de serviço.
- **Email Resposta**, o e-mail para onde será enviada a resposta da reclamação/sugestão.
- **Mensagem**, o texto de reclamação/sugestão sobre o sistema.

3. Salve os dados.