

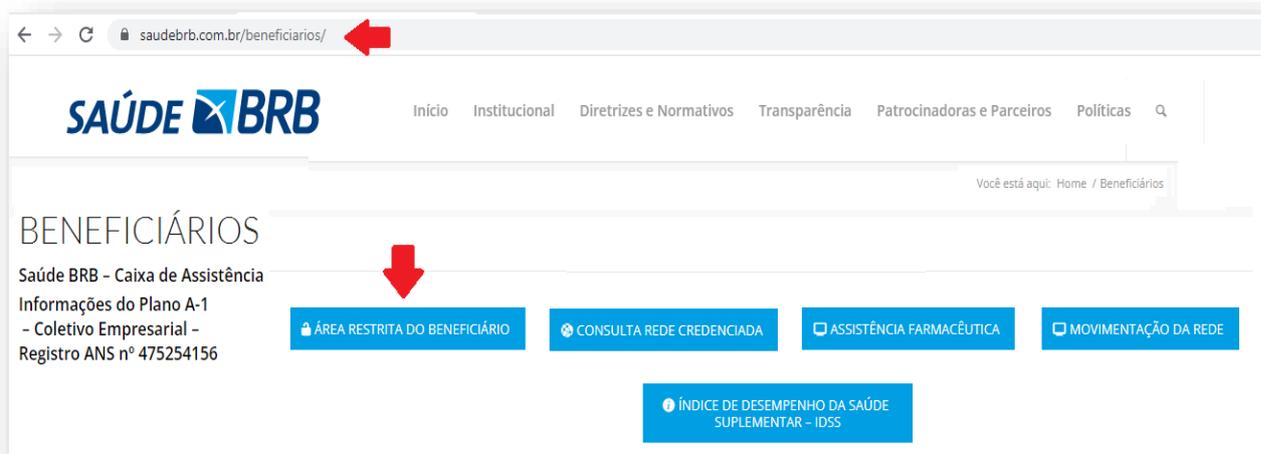
# TUTORIAL

## ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

1. Acesse o site [www.saudebrb.com.br](http://www.saudebrb.com.br) e clique ícone BENEFICIÁRIOS.



2. Clique na aba **ÁREA RESTRITA DO BENEFICIÁRIO**.



3. Marque o tipo de acesso como **BENEFICIÁRIO**:



SAÚDE BRB (61) 3035-9400  
CENTRAL (61) 3325-1666

Tipo de acesso: Beneficiário

Usuário: \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

[Esqueci minha senha](#)

**Entrar**

A evolução dos processos por meio de recursos digitalizados traz significativos benefícios de ordem operacional às organizações, notadamente quanto à agilidade, segurança, eliminação de riscos, economia e à sustentabilidade ambiental, pela eliminação de documentos impressos. Essa realidade tornou-se mais evidente em decorrência da pandemia de Covid-19, e, mais recentemente, com a necessidade de cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD, que impõe mais cuidados e reservas no trato de informações que envolvam identificações de caráter pessoal.

Tendo em conta as considerações acima apresentadas, e alinhando-se aos procedimentos já praticados por diversas operadoras de planos de saúde do mercado, a Saúde BRB informa que, a partir do mês de setembro/2021, as remessas dos faturamentos mensais por parte dos prestadores da Rede Credenciada - faturas/guias de atendimento - deverão ser encaminhadas por meio digital, mediante a utilização de canal específico disponibilizado no "Portal do Prestador", em conformidade com as orientações contidas no Tutorial anexo.

Ressaltamos ainda que, a partir do mês de novembro/2021, a remessa digital terá caráter obrigatório, e não será aceito, portanto, o envio de faturamento por qualquer outro meio, cujos arquivos somente serão processados mediante o anexo da fatura no sistema.

Contando com a compreensão e colaboração de V.Sas., colocamo-nos ao dispor para esclarecimentos adicionais, se necessários.

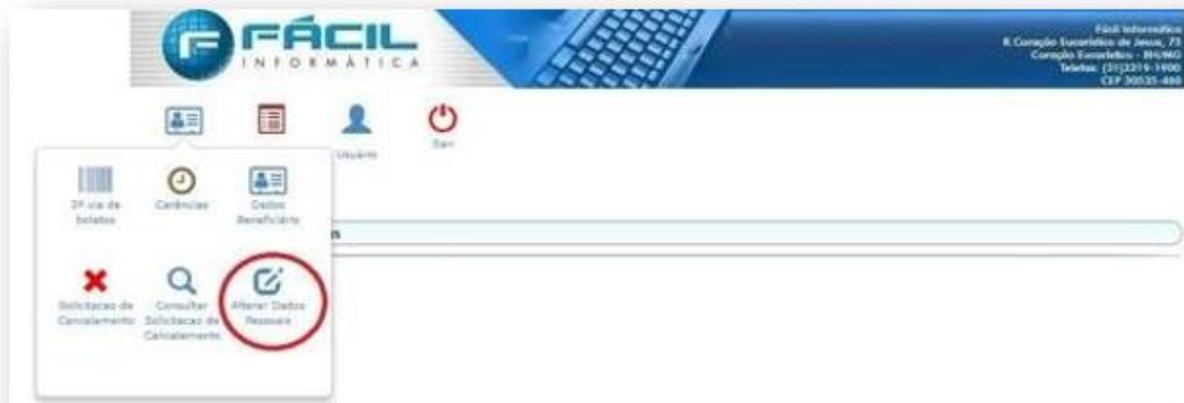
[Clique aqui para acessar o passo a passo](#)

- Usuário = CPF do titular (sem ponto nem traços, somente números).
- Caso não tenha a senha, clicar em **ESQUECI MINHA SENHA** ou enviar e-mail para [cadastro@saudebrb.com.br](mailto:cadastro@saudebrb.com.br), para solicitar nova senha.

4. Na 1ª tela do Sistema WEBPLAN, selecione **MEUS SERVIÇOS**:



5. Clique no ícone Alterar Dados Pessoais:



6. Após conferir todos os campos pré preenchidos do formulário, as informações incorretas ou incompletas devem ser atualizadas. Em seguida, ao final da página:



The image shows a detailed personal data form. It is organized into several sections, each with a corresponding icon on the left:

- Dados pessoais:** Includes fields for Name, Sex, Civil Status, Date of Birth, Current Age, CPF, RG, Issuance Option, Issuance Date, Mother, and Father.
- Endereço Residencial:** Includes fields for CEP, Type of Residence, Residence, Number, Complement, UF, City, and Neighborhood.
- Endereço de Cobrança:** Includes fields for CEP, Type of Residence, Residence, Number, Complement, UF, City, and Neighborhood.
- Contatos:** Includes fields for Telephone, Cellular, Fax, Other Telephones, and Email (pre-filled with 'marciamenetala@gmail.com').
- Dados bancários:** Includes fields for Bank, Agency, and Account.
- Dependentes:** A section for listing dependents.
- Anexos:** A section for uploading files, with a note: 'Anexos (tamanho máx: 5mb): Escolher arquivo. Nenhum arquivo selecionado. Adicionar'. Below this is a checkbox: 'Declaro que as informações aqui declaradas são verdadeiras sob as penas da Lei, conforme artigo 299 do Código Penal'.

At the bottom right of the form are two buttons: 'Cancelar' and 'Salvar'.

- Clique no botão **SALVAR**;
- Clique no botão **SIM**, para confirmar.

Caso haja alteração de **NOME, ESTADO CIVIL, ENDEREÇO** ou **FILIAÇÃO**, o comprovante deve ser obrigatoriamente anexado ao final da página.

Para adicionar os anexos, clique em **ESCOLHER ARQUIVO** e, em seguida, em **ADICIONAR**.

Após a atualização das informações, clique sobre o botão **SALVAR**.

## IMPORTANTE RESSALTAR!

- **Para a inclusão de dependente:**

- Preencher e assinar o Requerimento de Atualização Cadastral, disponível no site, aba Formulários - <https://saudebrb.com.br/home/formularios/> .

- Apresentar a cópia da Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável, Certidão de Nascimento, RG e CPF do dependente. Podem ser cópias simples (digitalizadas ou fotos nítidas);

- O requerimento e o documentos comprobatórios digitalizados devem ser enviados para o e-mail [cadastro@saudebrb.com.br](mailto:cadastro@saudebrb.com.br).

- Se em meio impresso, podem ser entregues na sede da Saude BRB ou encaminhados pelo serviço de malotes do BRB, aos cuidados do Setor de Cadastro – SECAD.

- **Para exclusão de dependente:**

- O titular pode solicitar a exclusão do dependente no Portal do Beneficiário – <https://saudebrb.com.br/beneficiarios/>, que será processada no prazo de 30 dias.

- Opcionalmente, preencher e assinar o formulário Solicitação de Exclusão de Beneficiário do Plano A-1 disponível no site, aba Formulários - <https://saudebrb.com.br/home/formularios/> .

- Enviar para para o e-mail [cadastro@saudebrb.com.br](mailto:cadastro@saudebrb.com.br) o formulário com assinatura digital [certificada, de abrangência nacional – E-CPF] do titular e o documentos comprobatórios digitalizados.

Não havendo assinatura digital certificada, a Solicitação de Exclusão de Beneficiário do Plano A-1 deve ser impressa, assinada e entregue na sede da Saude BRB ou encaminhada, juntamente com os anexos, pelo serviço de malotes do BRB, aos cuidados do Setor de Cadastro – SECAD.

- Proceder à devolução do Cartão de Identificação de Beneficiários [carteirinha do plano], em cumprimento à declaração assinada pelo titular no formulário Solicitação de Exclusão de Beneficiário do Plano A-1: *"Estou ciente das regras dispostas nos arts. 81, § 4º e 83 do Regulamento do Plano A-1 e comprometo-me a efetuar a devolução dos respectivos Cartões de Identificação no ato de entrega desta solicitação."*