



MANUAL WEB EMPRESA

MANUAL OPERACIONAL DO SISTEMA WEB EMPRESA

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	2 de 13

1. Configurando o navegador

Primeiramente - Para que o sistema possa funcionar de maneira adequada, é necessário o desbloqueio de janelas pop-up (janela extra que abre o navegador ao visitar uma página web ou acessar um link e que alguns navegadores bloqueiam sua abertura).

2. Como acessar

Através do site da Unimed Vale do Sepotuba:

<https://www.unimed.coop.br/site/web/valedosepotuba>

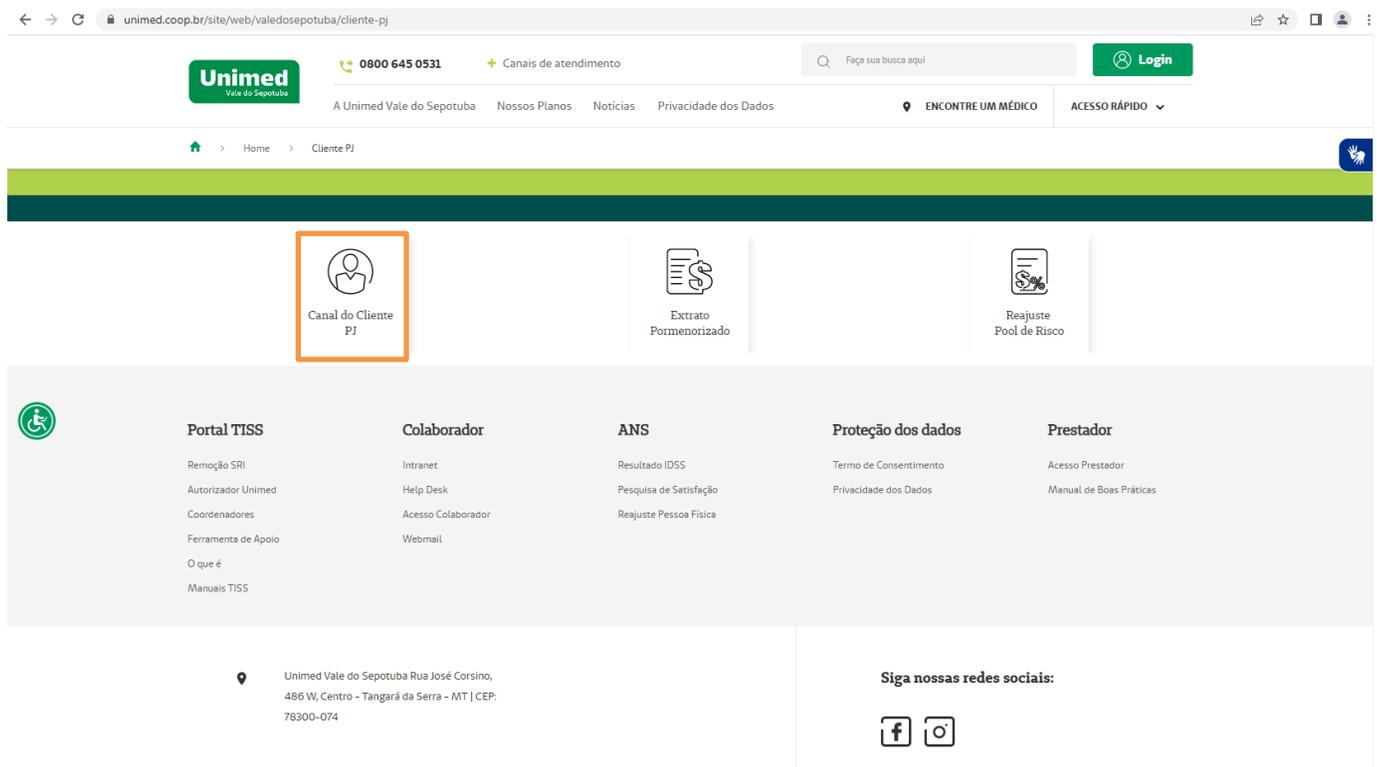
Ou pelo link;

<https://www.unimed.coop.br/site/web/valedosepotuba/cliente-pj>

The screenshot displays the Unimed Vale do Sepotuba website. The browser's address bar is highlighted with an orange box, showing the URL [unimed.coop.br/site/web/valedosepotuba/](https://www.unimed.coop.br/site/web/valedosepotuba/). The website header includes the Unimed logo, the phone number 0800 645 0531, and a search bar. The main banner features a woman pointing and the text "Uma parceria do tamanho do Brasil". Below the banner, there are several navigation icons: "Cliente PF", "Cliente PJ" (highlighted with an orange box), "Prestador", and "Pediatria". Other icons include "2ª Via de Boletim", "Canal de Ética", and "Sobreaviso". The bottom right corner of the banner area contains the text "*Descontos válidos para".

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	3 de 13

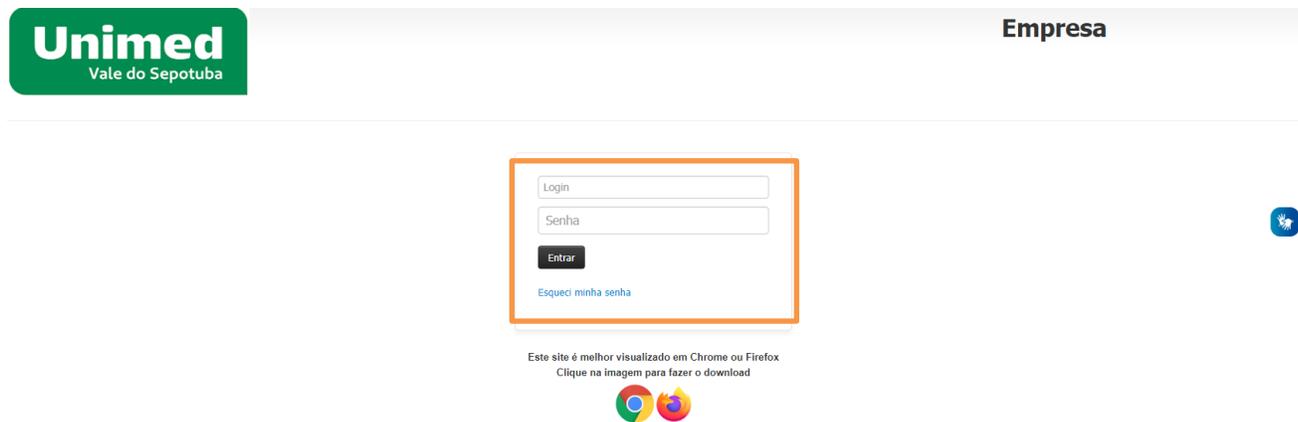
Clique na opção Canal do Cliente PJ;



The screenshot shows the website interface for Unimed Vale do Sepotuba. The main navigation bar includes the Unimed logo, contact number (0800 645 0531), search bar, and a 'Login' button. Below the navigation bar, there are several service icons: 'Canal do Cliente PJ' (highlighted with an orange box), 'Extrato Pormenorizado', and 'Reajuste Pool de Risco'. A footer section contains links for 'Portal TISS', 'Colaborador', 'ANS', 'Proteção dos dados', and 'Prestador'. Social media icons for Facebook and Instagram are also present.

3. Login

Para acessar o sistema; **Login** de acesso será o número do CNPJ/CEI/CAEPF (Sem pontuação) do contrato e a **senha** os 06 primeiros dígitos do CNPJ/CEI/CAEPF.



The screenshot shows the login page for 'Empresa' on the Unimed Vale do Sepotuba website. The page features the Unimed logo and the word 'Empresa' in the top right corner. The login form is highlighted with an orange box and contains the following elements:

- A text input field labeled 'Login'.
- A text input field labeled 'Senha'.
- An 'Entrar' button.
- A link labeled 'Esqueci minha senha'.

At the bottom of the page, there is a footer with the text: 'Este site é melhor visualizado em Chrome ou Firefox. Clique na imagem para fazer o download' and icons for Google Chrome and Mozilla Firefox.

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	4 de 13

Os dados de acesso são passados pela área de Pós Vendas da Unimed Vale do Sepotuba, caso não possua acesso, basta solicitar através do e-mail: relacionamentoempresarial@unimed531.coop.br

Atenção: Não empreste sua senha pois o sistema possui acesso monitorado e rastreabilidade das atividades de inclusão, alteração e exclusão, qualquer atividade pode ser rastreada e será atribuída ao usuário conectado.

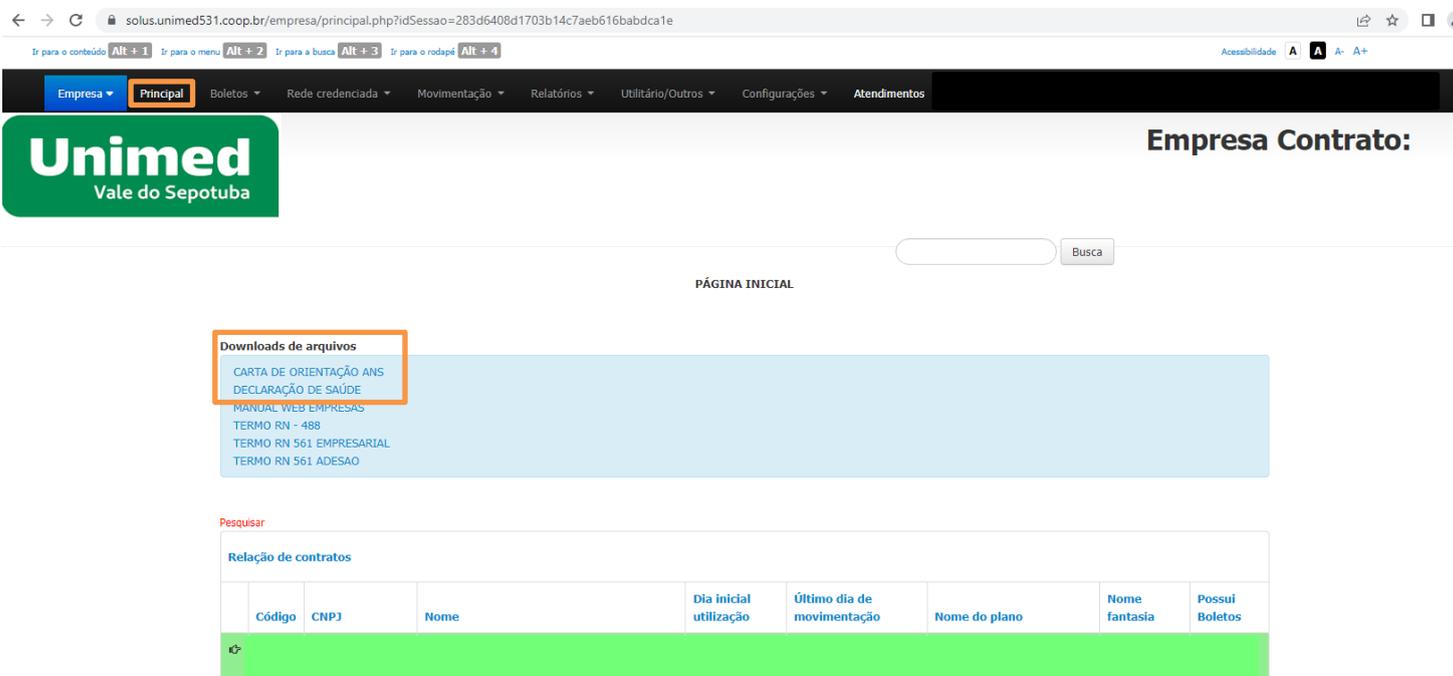
4. Página principal

4.1 Downloads de arquivos

Na página principal é possível ter acesso aos documentos em Downloads de arquivos;

Documentos complementares para realizar a inclusão;

Carta de orientação ANS e a declaração de saúde.



solus.unimed531.coop.br/empresa/principal.php?idSessao=283d6408d1703b14c7aeb616babdca1e

Ir para o conteúdo ALT + 1 Ir para o menu ALT + 2 Ir para a busca ALT + 3 Ir para o rodapé ALT + 4

Acessibilidade A A- A+

Empresa ▾ **Principal** Boletos ▾ Rede credenciada ▾ Movimentação ▾ Relatórios ▾ Utilitário/Outros ▾ Configurações ▾ Atendimentos

Unimed
Vale do Sepotuba

Empresa Contrato:

Busca

PÁGINA INICIAL

Downloads de arquivos

- CARTA DE ORIENTAÇÃO ANS
- DECLARAÇÃO DE SAÚDE
- MANUAL WEB EMPRESAS
- TERMO RN - 488
- TERMO RN 561 EMPRESARIAL
- TERMO RN 561 ADESAO

Pesquisar

Relação de contratos

Código	CNPJ	Nome	Dia inicial utilização	Último dia de movimentação	Nome do plano	Nome fantasia	Possui Boletos
[Redacted content]							

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	5 de 13

Documentos necessários para inclusão;

Funcionário, Sócios e/ou proprietários;

- RG e CPF;
- GFIP; OBS: se for recém contratado e não aparecer na GFIP enviar o documento do e-social e a cópia da carteira digital ou impressa. Para Sócios e/ou proprietários apresentar contrato social contendo o nome do mesmo;
- Carta ANS (Página principal da web);
- Declaração de Saúde (Página principal da web).

Documentação dos dependentes;

Cônjuge

- Certidão de casamento ou escritura pública de união estável com fé pública;
- RG e CPF;
- Declaração de Saúde (Página principal da web).

Filhos até 24 anos

- Certidão de nascimento e/ou CPF;
- Declaração de Saúde (Página principal da web). Caso o beneficiário seja menor ou incapaz, informar nome e CPF e a assinatura será do responsável titular.

Observação; nos casos de filhos apenas do cônjuge, enviar também certidão de casamento ou escritura pública de união estável com fé pública.

Salientamos que caso sua empresa não tenha o aditivo de inclusão ou exclusão imediata, as solicitações serão feitas por data de movimentação sendo ele até o dia 12 de cada mês, e no mês de dezembro esta movimentação é adiantada para o dia 5. Lembre-se que a contratante não precisa encaminhar a movimentação especificamente no dia 12 ou dia 5 de dezembro que é o prazo final da movimentação, mas sim, até a respectiva data, para que possam ser feitas as movimentações necessárias e validação, para inclusões no primeiro dia do próximo mês e cancelamento no último dia do mês, caso não seja feito dentro do prazo de movimentação a operação ficará para o mês subsequente.

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	6 de 13

Preenchimento dos termos obrigatórios para inclusão;

Carta de orientação ANS; Documento necessário apenas para inclusão do titular;

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO  Agência Nacional de Saúde Suplementar

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?
É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.
Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.)* EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência!
Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário	
Local _____	Data ____/____/____
Nome: _____	
Assinatura: _____	

Intermediário entre a operadora e o beneficiário	
Local _____	Data ____/____/____
Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura: _____	

Como preencher;

Beneficiário;

A pessoa titular (Funcionário/ Sócio e/ou proprietário a ser incluso(a))

Informa local, data, nome por extenso e assinatura.

Intermediário entre operadora e o beneficiário;

Campo obrigatório para assinatura da empresa contratante, informar local, data, nome do responsável pelas demandas empresariais (Quem assinou no cartão assinatura da empresa) por extenso, CPF do responsável pela empresa e assinatura do responsável pela empresa.

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	7 de 13

Declaração de saúde; Documento necessário para inclusão de **titular e dependente;**





www.unimed531coop.br
Rua José Corsino (L2), 456 - W
78300-074 - Centro - Tangará da Serra - MT
T. (65) 3339-1000/0800 645 0531

**ENTREVISTA QUALIFICADA
(PARA ORIENTAÇÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE – RN 558/2022)**

Nome do Beneficiário:	CPF:	Nº do Contrato:
Nome do Representante Legal (no caso de menor ou incapaz):		

Esta Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho por cada beneficiário ou por um responsável legal, quando se tratar de menor de 18 anos ou incapaz.

Esta Declaração de Saúde, em hipótese alguma poderá ser preenchida no computador.

No Plano de Assistência à Saúde Individual/Familiar, o preenchimento desta Declaração de Saúde é obrigatório para todos os beneficiários, titulares e/ou dependentes.

No Plano de Assistência à Saúde Coletivo, o preenchimento desta Declaração de Saúde será realizado de acordo com a legislação vigente.

O beneficiário tem o direito de ser orientado, no preenchimento da Declaração de Saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Unimed **Unimed Vale do Sepotuba**, ou de utilizar por um profissional de sua escolha, assumindo o ônus financeiro desta opção.

Se houver necessidade, o beneficiário poderá esclarecer suas dúvidas com o Médico Orientador que lhe acompanha durante o preenchimento desta Declaração de Saúde

Opção do beneficiário para o preenchimento da Declaração de Saúde:	
<input type="checkbox"/>	1 – Declaro que contei com a presença de Médico Orientador <i>indicado pela Unimed Vale do Sepotuba</i> sem ônus financeiro para auxiliar-me no preenchimento desta Declaração de Saúde.
<input type="checkbox"/>	2 – Declaro que contei com a presença de Médico Orientador <i>de minha escolha</i> , assumindo o ônus financeiro.
<input type="checkbox"/>	3 – Declaro que <i>dispensei</i> a presença do Médico Orientador.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), ou seja, aquela que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba que é portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde.

Havendo declaração de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), será oferecida a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos Cirúrgicos constantes do Rol de Procedimento e Evento em Saúde, da ANS, vigente à época da demanda, desde que relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente (DLP) declarada.

Por liberalidade da norma a **Unimed Vale do Sepotuba** não trabalha com o oferecimento do Agravado, assim entendido como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao Plano Privado de Assistência à Saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a Doença ou Lesão Preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

Estando o contrato em vigor, identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão do conhecimento prévio de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), por ocasião da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, a Unimed Vale do Sepotuba deverá NOTIFICAR imediatamente a omissão de informação ao beneficiário através do "Termo de Comunicação ao Beneficiário" e poderá

- I Oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- II Solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à oferta da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Instaurado o processo administrativo na ANS, à **Unimed Vale do Sepotuba**, caberá o ônus da prova.

A **Unimed Vale do Sepotuba**, poderá utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do

Informar nome completo, CPF da pessoa que está sendo inclusa e número do contrato (Caso tenha);

Assinar, no caso de menor ou incapaz o responsável (Titular) deverá assinar.

Colocar a opção 3 – Declaro que dispensei a presença do Médico Orientador (As demais opções são para contrato individual).

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	8 de 13



conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de Doença e Lesão Preexistente (DLP).
A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo. Após julgamento e acolhida à alegação da Unimed Vale do Sepotuba, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente (DLP), desde a data da efetiva NOTIFICAÇÃO da constatação da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) omitida, pela Unimed Vale do Sepotuba e terá o contrato rescindido unilateralmente (cancelado).

Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação da decisão pela ANS, com o encerramento do processo administrativo.

ORIENTAÇÕES

Antes de iniciar o preenchimento da Declaração de Saúde, leia e assine a Carta de Orientação ao Beneficiário. Algumas questões pedem que o beneficiário explique ou especifique suas respostas. Nesses casos, o beneficiário deverá escrever a resposta, de próprio punho, no local indicado.

A Unimed Vale do Sepotuba, fica obrigada a proteger as informações prestadas na Declaração de Saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados casos previstos na legislação em vigor.

Para cada doença listada abaixo o beneficiário deverá responder, assinalando no campo "RESPOSTAS", "SIM" caso esteja ciente de que é sofredor ou portador da condição ou responder "NÃO", caso esteja ciente de que não é sofredor ou portador da condição

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO

1	Sofre de alguma doença infecciosa ou parasitária como:	Resposta
a)	AIDS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b)	Doença de Chagas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
c)	Hanseníase (lepra)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
d)	Meningite?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
e)	Tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
f)	Outras? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2	Sofre de neoplasias malignas (câncer)?	Resposta
a)	Aparelho digestivo (estômago ou outros)? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b)	Aparelho respiratório (pulmão ou outros)? Especifique: Se sim, explique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
c)	Leucemia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
d)	Linfoma?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
e)	Mama?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
f)	Órgãos genitais femininos (útero, ovário ou outros)? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
g)	Órgãos genitais masculinos (próstata ou outros)? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3	Sofre de neoplasias malignas (câncer)?	Resposta
a)	Pele?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b)	Tireoide?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANS-VE.019



ANS - nº 31409/9



ANS-VE.019



ANS - nº 31409/9



a)	Idade	Anos	
b)	Peso	Kg	
c)	Altura	M	
d)	IMC	MC	
25	Sofre de doenças endócrinas e/ou relacionadas?	Resposta	
a)	Diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
b)	Hipófise?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
c)	Obesidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
d)	Obesidade mórbida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
e)	Tireoide?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
f)	Outras? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Comentários e informações adicionais a respeito das perguntas formuladas que o beneficiário entende ser importante registrar.

PARECER DO MÉDICO AO FINAL DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE	
Patologia Apresentada:	CID

MÉDICO ORIENTADOR	
NOME:	ASSINATURA:
CPF:	

BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL LEGAL	
NOME:	ASSINATURA:
CPF:	
LOCAL E DATA	
LOCAL:	DATA: ____/____/20__

Responder da página 2 a página 7 todas as perguntas com **sim** ou **não**, caso seja sim explicar, **indispensável** informar idade, peso e altura na página 7;

A não resposta ocasionará a rejeição da solicitação de inclusão, sendo necessário a correção e rerepresentação (Relatórios – Cadastro – Operações de cadastro, dentro da data informada);

Página 7 – Comentários e informações adicionais a respeito das perguntas formuladas que o beneficiário entende ser importante registrar (Caso ache necessário).

Não preencher;

- PARECER DO MÉDICO AO FINAL DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE;
- MÉDICO ORIENTADOR.

Informar nome completo, CPF da pessoa que está sendo inclusa;

Assinar, no caso de menor ou incapaz o responsável (Titular) deverá assinar;

Informar data e local.

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	9 de 13



www.unimed531.coop.br
Rua José Correia [12] 486 - W
78000-074 - Centro - Tangará da Serra - MT
T. (65) 3339-1000/0800 645 0531

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações relatadas na Declaração de Saúde são a expressão da verdade e que foram espontaneamente feitas de próprio punho, podendo a Unimed Vale do Sepotuba considerá-las para análise e manutenção das coberturas.

Declaro ainda que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), da qual saiba ser portador ou portadora no momento de preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada junto a ANS através de processo administrativo, será considerada como ato fraudulento e acarretará na rescisão do contrato, obrigando o titular ou seu responsável legal a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação à cirurgia, uso de Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), ligados à Doença ou Lesão Preexistente (DLP).

Caso instaurado o processo administrativo, comprometo-me, na qualidade de titular ou responsável legal, a prestar toda e qualquer informação adicional solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde a enviar à Unimed Vale do Sepotuba, sob a responsabilidade e cuidado do médico cadastrado na Secretária de Assistência à Saúde – SAS/MS, como auditor, as informações necessárias sobre o estado de saúde dos beneficiários incluindo resultados de exames e tratamentos instituídos, sentando a Unimed Vale do Sepotuba de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro ainda ter ciência de que, independente da data de realização desta Entrevista Qualificada, seus efeitos práticos e legais terão vigência a partir da data de celebração do instrumento principal, do qual é parte integrante.

Por ser verdade, firmo a presente.

BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL LEGAL	
Nome:	Assinatura:
CPF:	

LOCAL E DATA	
Local:	Data: ____/____/20__



www.unimed531.coop.br
Rua José Correia [12] 486 - W
78000-074 - Centro - Tangará da Serra - MT
T. (65) 3339-1000/0800 645 0531

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT

Nome Do Beneficiário:	CPF:	Nº do Contrato:
Nome do Representante Legal (no caso de menor ou incapaz):		
E-mail:		

Eu, acima qualificado, na qualidade de beneficiário ou Responsável Legal, declaro estar ciente da condição de portador ou sofredor da(s) Doença(s) e Lesão(ões) Preexistente(s) e reconhecida(s) por ocasião da Entrevista Qualificada/Declaração de Saúde e estou de ciente e de acordo que isto acarrete, durante um prazo máximo de 2 anos, a partir do início da vigência ou da adesão ao contrato, a suspensão, por parte do Plano de Saúde do qual pretendo ser beneficiário, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade constantes do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da demanda, exclusivamente relacionados à (s) Doença (s) e Lesão (ões) Preexistente(s) relacionada(s).

Item	Descrição da DPL (Patologia)	CID 10
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		

Por ser verdade, firmo a presente.

Beneficiário ou Responsável Legal	
Nome:	Assinatura:
CPF:	

Local e Data	
Local:	Data: ____/____/____

Preencher e assinar **página 8** – Informar nome completo e CPF da pessoa que está sendo inclusa;

Assinar, no caso de menor ou incapaz o responsável (Titular) deverá assinar;

Informar data e local.

Preencher e assinar **página 9** – em todos os campos que indicar;

Nome completo, CPF e e-mail do titular (**em caso de menor de idade colocar o e-mail do titular do plano**) da pessoa que está

sendo inclusa;

Assinar, no caso de menor ou incapaz o responsável (Titular) deverá assinar;

Informar data e local.

Não preencher;

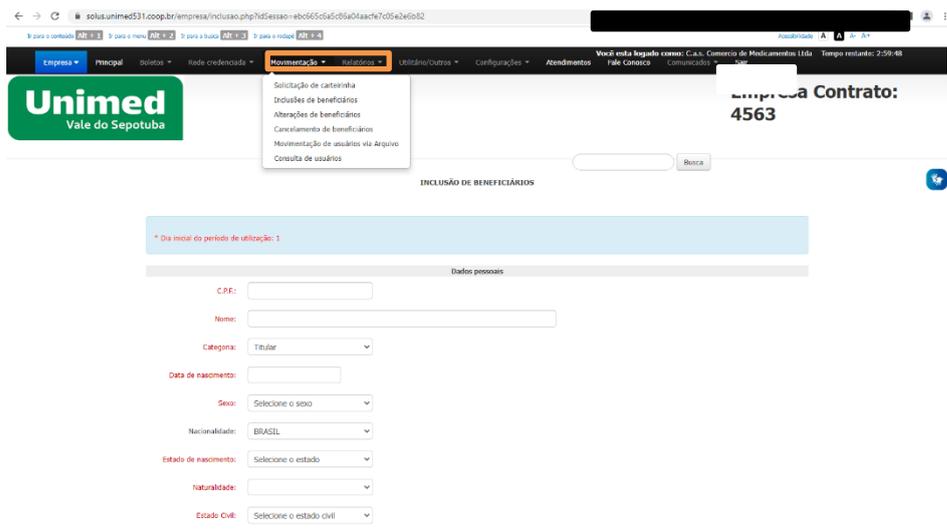
- Item – Descrição da DPL (Patologia) – CID 10;

Caso o beneficiário não tenha Doença (s) e Lesão (ões) preexistente(s) relacionada(s), o documento em questão será desconsiderado.

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	10 de 13

Passo a passo para inclusão Via Portal Web Empresa;

Acessando o menu **Movimentação – Inclusões de beneficiários** será possível solicitar a inclusão de beneficiários titulares e dependentes.



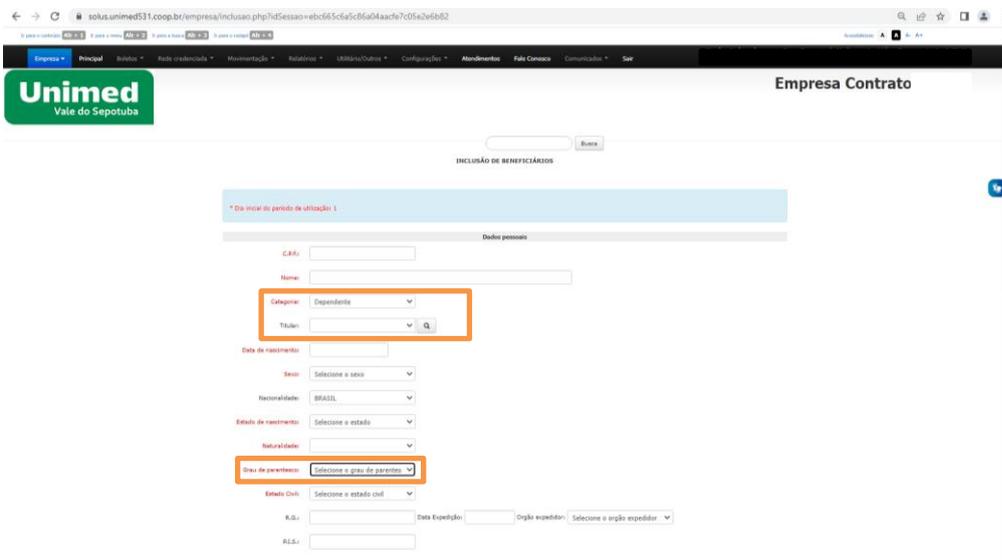
The screenshot shows the Unimed web portal interface. The 'Movimentação' menu is highlighted, and the 'Inclusão de Beneficiários' form is displayed. The form includes fields for CPF, Nome, Categoria (set to Titular), Data de nascimento, Sexo, Nacionalidade (BRASIL), Estado de nascimento, Naturalidade, and Estado Civil. A red asterisk indicates that the 'Categoria' field is mandatory.

Preencha os campos obrigatórios que são os descritos em vermelho.

Nos casos de dependente;

Alterar a categoria para dependente;

Informe o nome do titular – Informe o Grau de parentesco.



The screenshot shows the Unimed web portal interface with the 'Inclusão de Beneficiários' form. The 'Categoria' field is set to 'Dependente' and the 'Grau de parentesco' field is set to 'Selecione o grau de parentesco'. Both fields are highlighted with a red box, indicating they are mandatory for dependent inclusion.

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	11 de 13

No item “Anexo”, anexe os arquivos que deverão ser compactados com a extensão “.rar”, “.zip” ou “.7z”.

A imagem mostra a interface de usuário para a inclusão de beneficiários. No topo, há um campo de URL: `inclusao.php?idSessao=ebc665c6a5c86a04aacfe7c05e2e6b82`. Abaixo, há campos para "Nome do pai:", "Dados profissionais", "Matrícula/RE:", "Telefone Fixo:", "Telefone comercial:", "Celular:", "E-mail:", "Número telefone:" (repetido três vezes). Um botão "+ Adicionar telefone" está disponível. Uma janela modal "Enviar anexo" está aberta no centro, com o título "Enviar anexo" e um ícone de pasta. O conteúdo da janela inclui: "Escolher arquivo" Nenhum arquivo escolhido; "Selecionar tipo(s) do documento anexado:" com uma lista de opções: CARTA COMUNICADO, CARTA DA ANS, CERTIDÃO DE CASAMENTO OU DECLARAÇÃO DE UNIÃO, CERTIDÃO DE NASCIMENTO, CPF/RG, DECLARAÇÃO DE SAÚDE, DOCUMENTAÇÃO EMPRESARIAL, RN 279, RN 412, RN 488. Abaixo da lista, há botões "Confirmar" (verde) e "Cancelar" (vermelho). No canto inferior direito da janela, há uma "Legenda" com um ícone vermelho para "Documento obrigatório" e um ícone preto para "Documento opcional". Abaixo da janela, há uma seção "Anexos - Documentos do beneficiário" com uma tabela com colunas "Nome" e "Tipo(s) do documento", um botão "Adicionar" e uma observação: "OBS: Tamanho máximo de cada arquivo é de 8MB. Sendo que o tamanho máximo dos arquivos somados é de 32MB." No rodapé, há um campo "Observação:".

Após concluir digitação, selecione o botão “Incluir”.

Tela de confirmação a seguir;

A tela de confirmação apresenta o título "CONFIRMAÇÃO" no topo. Abaixo, há uma barra de mensagem verde com o texto: "Solicitação realizada com sucesso! Para imprimir o protocolo 38079 de inclusão, clique em imprimir." No rodapé, há dois botões: "Imprimir" e "Nova inclusão".

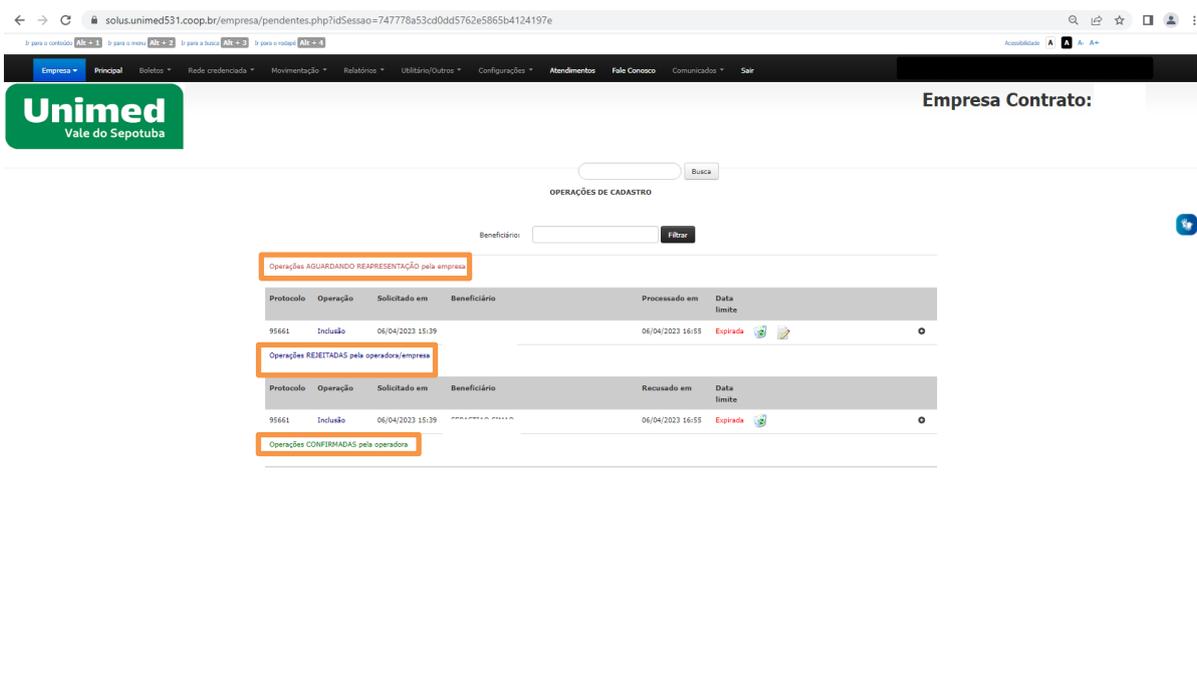
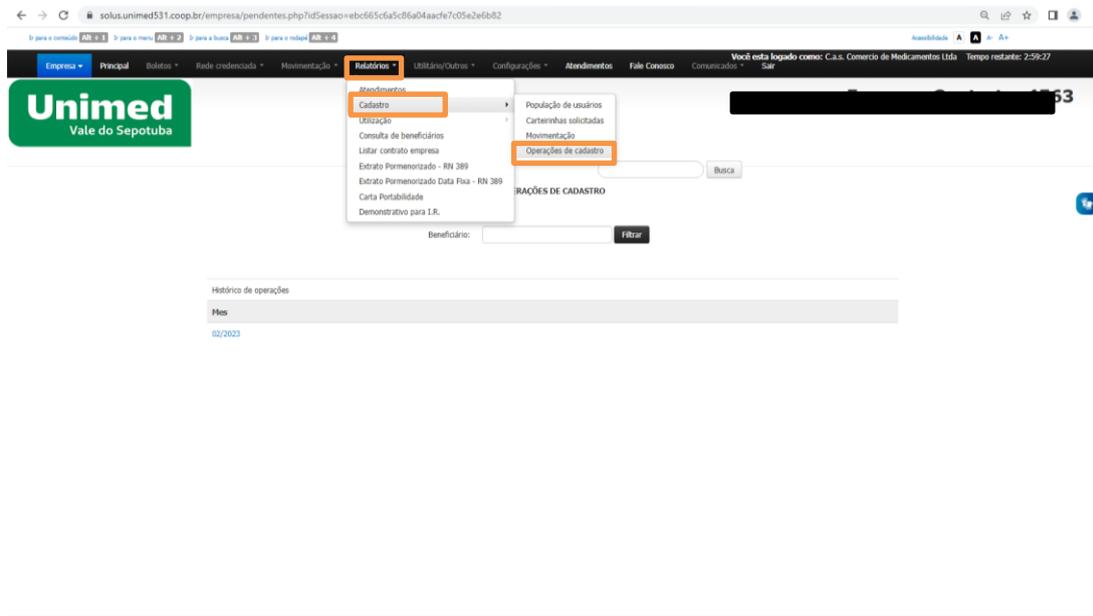
Observação:

No item “Observações”, informe se o beneficiário tem plano anterior (Pessoa Física ou Jurídica) para averiguarmos a possibilidade de aproveitamento das carências já cumpridas.

Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	12 de 13

5. Operações de Cadastro

Acessando o menu **Relatórios – Cadastro – Operações de Cadastro** será possível acompanhar as solicitações realizadas, ou gerar relatório das movimentações. Quando realizar um processo de inclusão ou cancelamento, conseguirá acompanhá-las, caso falte informações, documentos ou preenchimentos, sua demanda será rejeitada com o motivo, e será possível reapresentá-las, podendo incluir ou alterar as informações ou documentos, sem necessidade de realizar o cadastro novamente, porém, deve se atentar quanto aos prazos de reapresentação.



Título	Código	Início de Vigência	Revisão	Página
Manual Operacional do Sistema Web Empresa Inclusões de beneficiários	MAN FDZ 001	11/04/2023	2.3	13 de 13

6. Consulta beneficiários / Elegibilidade

Acessando o menu **Relatório – Consulta beneficiários / Elegibilidade** será possível localizar os beneficiários, bem como elegibilidade, informações do cartão, prazos de carência.

The screenshot displays the web application interface for Unimed Vale do Sepotuba. The browser address bar shows the URL: `solus.unimed531.coop.br/empresa/consultaBeneficiario.php?idSessao=747778a53cd0dd5762e5865b4124197e`. The navigation menu includes: Empresa, Principal, Boletos, Rede credenciada, Movimentação, **Relatórios**, Utilitário/Outros, Configurações, Atendimentos, and Fale Conosco. The 'Relatórios' menu is open, showing options: Atendimentos, Cadastro, Utilização, **Consulta de beneficiários** (highlighted), Listar contrato empresa, Extrato Pormenorizado - RN 389, Extrato Pormenorizado Data Fixa - RN 389, Carta Portabilidade, and Demonstrativo para I.R. The main content area features the Unimed logo, the text 'Empresa Contrato:', a search input field with a 'Busca' button, and a form for 'Código do beneficiário:' with a search icon and two buttons: 'Consultar elegibilidade' and 'Imprimir'.