

CAD DIV 066

São José dos Campos 20 de Dezembro 2022.

ÀS
EMPRESAS CONTRATANTES

REF.: CALENDÁRIO ANUAL DE FECHAMENTO E ORIENTAÇÕES CADASTRAIS 2023

Prezados Clientes,

Informamos abaixo as datas limites de fechamento de períodos que serão utilizadas em 2023 para recebimento das movimentações cadastrais de inclusões e exclusões de beneficiários de vossa Empresa:

CALENDÁRIO DE FECHAMENTO ANUAL 2023		
MÊS	DIA	DIA DA SEMANA
JAN	16	segunda-Feira
FEV	13	segunda-Feira
MAR	20	segunda-Feira
ABR	17	Segunda-Feira
MAI	15	Segunda-Feira
JUN	19	Segunda-Feira
JUL	17	Segunda-Feira
AGO	14	Segunda-Feira
SET	18	Segunda-Feira
OUT	16	Segunda-Feira
NOV	20	Quarta-Feira
DEZ	11	Segunda-Feira

Aproveitamos para reforçar as orientações sobre os processos de movimentações cadastrais com base nas exigências da **ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar**, através de Resoluções Normativas é necessário o preenchimento dos dados dos titulares e seus dependentes das Movimentações Cadastrais de inclusões e exclusões.

A **Resolução Normativa 295 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar** normatiza os dados cadastrais mínimos que deverão ser requeridos pelas Operadoras de Planos de Saúde e fiscalizados pela Agência. De acordo com essa normativa deverão fazer parte das movimentações cadastrais os seguintes dados considerados básicos:

1- Campos de identificação do beneficiário:

- Nome do beneficiário (condizente com a Receita Federal)
- Data de nascimento do beneficiário
- Sexo do beneficiário
- CPF do beneficiário maior de idade

- Nome da mãe do beneficiário
- Número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP ou, Número de Identificação do Trabalhador – NIT
- Cartão Nacional de Saúde - CNS do beneficiário
- Número da Declaração de Nascido Vivo para os nascidos a partir de 1º de Janeiro de 2010
- Número de Registro de Identidade Civil – RIC
- Número da Cédula de Alistamento eleitoral – Título de Eleitor
- Número da Carteira de Identidade do Beneficiário
- Órgão emissor da carteira de identidade do beneficiário
- Código do país emissor da carteira de identidade do beneficiário
- Relação entre o beneficiário dependente e o beneficiário titular

2. Campos de identificação do domicílio do beneficiário:

- Logradouro de residência do beneficiário
- Número do endereço de residência do beneficiário
- Complemento do endereço de residência
- Código de endereçamento postal - CEP da residência do beneficiário
- Município - IBGE da residência do beneficiário
- Unidade da Federação – UF

3. Campos de identificação do plano privados de assistência à saúde:

- Motivos da movimentação cadastral (inclusão, cancelamento, suspensão, adaptação, migração, mudança ou portabilidade do plano).
- No caso de exclusões por óbito, apresentar Declaração ou Atestado de óbito, para comprovar a causa do óbito.

Para coleta dessas informações, a Unimed-SJC utiliza uma ferramenta web **PORTAL EMPRESA**, onde é possível providenciar de forma ágil:

- ✓ Inclusão e Exclusão de Beneficiários;
- ✓ Consulta de status de processamento cadastral;
- ✓ Código do cartão;
- ✓ Demonstrativo de Beneficiários;
- ✓ Demonstrativos de Faturas.

INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS – Utilizar a ferramenta PORTAL EMPRESA

CÓPIA DE DOCUMENTOS (RN117):

- **CPF do cliente maior de idade;**
- **RG (Registro Geral) do cliente ou Certidão de Nascimento;**
- **Certidão de Casamento / União Estável – Convivência E Dependência Econômica – Termo De Responsabilidade** (Documento exclusivo Unimed, disponível no site unimesjc.coop.br);
- **Comprovante de Endereço;**
- **Carteira de Trabalho (vínculo empregatício); *****
- **Cartão Nacional de Saúde**
- **Título de Eleitor**

***Obs.: Para o vínculo empregatício, aceitaremos também a FICHA DE REGISTRO, desde que constem os dados completos do CONTRATADO e CONTRATANTE com carimbo e assinatura de ambos.

PARA PROCESSOS DE INCLUSÃO POR PORTABILIDADE, anexar também:

- **Carta de Permanência; (emitido da Operadora de Origem);**
- **Relatório de Compatibilidade; (emitido no site da ANS);**
- **3 últimos comprovantes de pagamento.**

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (FORMULÁRIOS OPS-VEN-RQ-014.R10)

A Declaração de Saúde deve ser encaminhada quando a EMPRESA apresentar número de vidas no contrato inferior a 30 beneficiários.

Estão isentas de Declaração de Saúde as Empresas com mais de 30 beneficiários desde que respeitando as regras abaixo:

- Para as inclusões de titulares que forem solicitadas no plano de saúde até 30 dias da data de sua admissão na Empresa;
- Para as inclusões de filhos até 30 dias do nascimento ou da adoção;
- Para as inclusões de cônjuges até 30 dias da data do casamento.

PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES – COMPANHEIRO (A): Regra para aceitação de Declaração de União Estável e isenção de carências:

ANALISE DE DATA: Para isenção de carências e CPT, ambas declarações deverão estar dentro do prazo de 30 dias de emissão, porém se no documento constar a data em que se deu o início da união, a Unimed irá considerar essa informação para contabilizar o prazo de 30 dias.

- **DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL EM CARTÓRIO OU DE PRÓPRIO PUNHO**

Será aceito a Declaração de União Estável em Cartório ou de próprio punho, reconhecida firma em cartório, para inclusão de companheiro (a) em qualquer modalidade de plano.

Para fins de isenção de carências e CPT, será necessário apresentar pelo menos 02 dos seguintes documentos abaixo:

- I - Justificação judicial;
- II - Declaração pública de coabitação feita perante tabelião;
- III - Cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda;
- IV - Disposições testamentárias;
- V - Certidão de nascimento de filho em comum;
- VI - Certidão/declaração de casamento religioso;
- VII - Comprovação de financiamento de imóvel em conjunto;
- VIII - Comprovação de conta bancária conjunta;
- IX - Apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a);
- X - Qualquer outro elemento que se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

OBS: O comprovante de endereço não é mais um documento elegível para a comprovação de união estável.

- **DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL – INSTRUMENTO ESCRITURA PÚBLICA**

Para isenção de carências e CPT seguir a análise de data conforme mencionado acima.

Não é necessário apresentar documento complementar pois se equipara a Certidão de Casamento.

- **DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA**

Documento não aceito para inclusão de dependentes.

EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS – Utilizar a ferramenta Portal Empresa.

1- Para os casos de Demitido, Aposentado, ou Exonerado, obrigatório preenchimento dos itens abaixo:

- a. **Empregado Contribuía com o Plano de Saúde?** – Deverá ser respondido impreterivelmente, pois conforme a RN 279/488 - Art. 4º é assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. E quando a resposta for POSITIVA é obrigatória anexar o Termo de Ciência assinado pelo empregado.

Obs. Conforme previsto na RN279/488 a Operadora não poderá aceitar o pedido de cancelamento sem a comprovação de ciência do ex-empregado.

- b. **Data de Contribuição com o Plano de Saúde** – Deverá ser mencionada a data da primeira e a última data de contribuição. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência do vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização de serviços de assistência médica ou odontológica.. O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de permanência/contribuição nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001);
- c. **Em caso de contribuição, o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário?** Responder este questionamento em caso do ex-empregado optar por continuar com plano respeitando as regras anteriores;

IMPORTANTE: Para respostas POSITIVAS, obrigatório colher assinatura do ex-empregado na página 02 deste formulário. Conforme previsto na RN279/488 a Operadora não poderá aceitar o pedido de cancelamento sem a comprovação de ciência do ex-empregado.

- d. **EXCLUSÃO DE DEPENDENTE:** Esta opção deverá ser utilizada para exclusões/cancelamentos de DEPENDENTES, e não há necessidade de responder os questionamentos dos itens anteriores nem de assinatura do colaborador na Declaração de Ciência no verso do formulário, o ideal é que venha a carta de próprio punho ou formulário do RH de solicitação de cancelamento do plano pelo Empregado.
- e. **EXCLUSAO POR OBITO:** Para exclusão do óbito do titular, onde há dependentes ativos o cancelamento será processado para a data de ciência do óbito pela Operadora. Para exclusões por óbito de

dependente ou titular que não possui dependente, a exclusão será a data do próximo dia ao óbito. Ambas precisam anexar a Certidão de Óbito ou o Comprovante de Sepultamento.

- f. **EXCLUSÃO POR JUSTA CAUSA** - Esse motivo não precisa da assinatura do funcionário pois o colaborador não tem direito ao plano prorrogação, mas o formulário pode ser preenchido, assinalado EXCLUSAO POR JUSTA CAUSA, e anexar no processo via Portal.
- g. **EXCLUSÃO POR DESISTÊNCIA SEM A CARTA OU COM A CARTA A PRÓPRIO PUNHO** - Esse motivo não precisa da assinatura do funcionário pois o colaborador continua sendo funcionário da empresa, mas o formulário pode ser preenchido, principalmente se houve contribuição neste período, o ideal é que venha a carta de próprio punho ou formulário do RH de solicitação de cancelamento do plano pelo Empregado.
- h. **BENEFICIÁRIO NAO CONTRIBUI COM O PLANO** - Esse motivo não precisa da assinatura do funcionário pois o colaborador não tem direito ao plano prorrogação, mas o formulário pode ser preenchido e assinalado a opção NÃO CONTRIBUIA com o plano.
- i. **PEDIDO DE DEMISSÃO** - O funcionário que pediu demissão, esse motivo não precisa da assinatura do funcionário pois o colaborador **não terá direito** ao plano prorrogação, mas o formulário pode ser preenchido, assinalando funcionário PEDIU DEMISSAO. E também pode ser anexado a carta de solicitação de desligamento que o Empregado entregou no RH.

REATIVAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS

A Unimed SJCampos, por liberalidade, concede o prazo de até 30 dias da data de cancelamento para reativações. Contate suporte empresarial para colher mais informações.

INFORMAÇÕES GERAIS IMPORTANTES:

- A.** O não fornecimento, o fornecimento incompleto, a não atualização dos dados cadastrais ou omissões das informações de beneficiários nos prazos estabelecidos pela RN 187/09, bem como o fornecimento de informações falsas ou fraudulentas constituem infrações previstas na RN nº 124/2006 e passíveis de multas imputadas às Operadoras, onde o ressarcimento será exigido da parte responsável pela irregularidade na Movimentação Cadastral.
- B.** A Unimed dispõe de uma ferramenta virtual exclusiva para o processo de cadastramento “**PORTAL EMPRESA**”, um recurso web onde a própria empresa pode se cadastrar no plano assistencial e adquirindo sua codificação de forma ágil, seu acesso já está disponível contate seu analista de relacionamento.
- C.** A informação do número de CPF é obrigatória para titulares e dependentes.
- D.** O protocolo da movimentação cadastral será dado como **VÁLIDO** quando a documentação estiver completa;
- E.** Prazo de entrega para envio das movimentações é definido pelo Calendário Anual de Fechamentos, demonstrados acima no horário comercial das 8h às 17h;
- F.** A data máxima para inclusão retroativa é dia 1º do mês corrente;
- G.** Empresas que não estão com o seu contrato adaptado à RN195, RN279 e RN309 estarão suspensas para inclusão de novos titulares, em caso de dúvidas contatar o Analista de Relacionamento Corporativo de seu contrato;

