

MANUAL – PORTAL EMPRESA

Prezado,

De acordo com as exigências da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, através de Resoluções Normativas é necessário o preenchimento dos dados dos titulares e seus dependentes para as Movimentações Cadastrais.

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 (Mesma informação na 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, obrigatoriamente apresentar Declaração ou Atestado de óbito, para comprovar a causa do óbito.

PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS, NECESSÁRIO CÓPIA DE DOCUMENTOS (CONFORME RN117):

- ✓ CPF / RG (Registro Geral) do cliente ou Certidão de Nascimento;
- ✓ Certidão de Casamento / Declaração de União Estável;
- ✓ Comprovante de Endereço;
- ✓ Cartão Nacional de Saúde
- ✓ Carteira de Trabalho (vínculo empregatício); ***

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

Ao final do cadastramento é obrigatório anexar um único arquivo em extensão PDF, contendo todos os documentos comprobatórios titular e dependentes.

Para coleta dessas informações, a Unimed SJCampos dispõe de uma ferramenta web “**PORTAL EMPRESA**” exclusiva para contratos de pessoa jurídica, onde o cliente tem acesso as rotinas cadastrais acompanhando on-line, obtendo agilidade no processo.

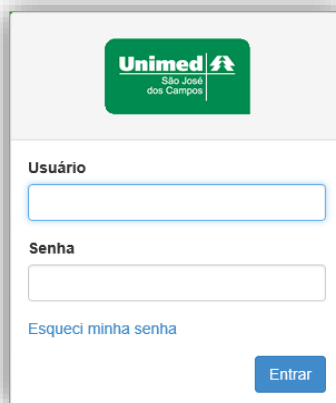
Todos os processos cadastrais providenciados através do **PORTAL EMPRESA** ficam sob análise da Auditoria de Cadastro, que utilizará dos anexos encaminhados pela Empresa (cliente) vinculados ao cadastramento para aprovar ou recusar o processo, portanto é essencial que o acompanhamento dos processos na tela “**Painel de Solicitações**”.

Para acessar utilize o endereço eletrônico: <https://www.unimedsjc.com.br/Pages/Home.aspx>

Na relação de **Serviços**, clicar em **Ver Todos** e depois em **Portal Empresa**, conforme destacado abaixo:

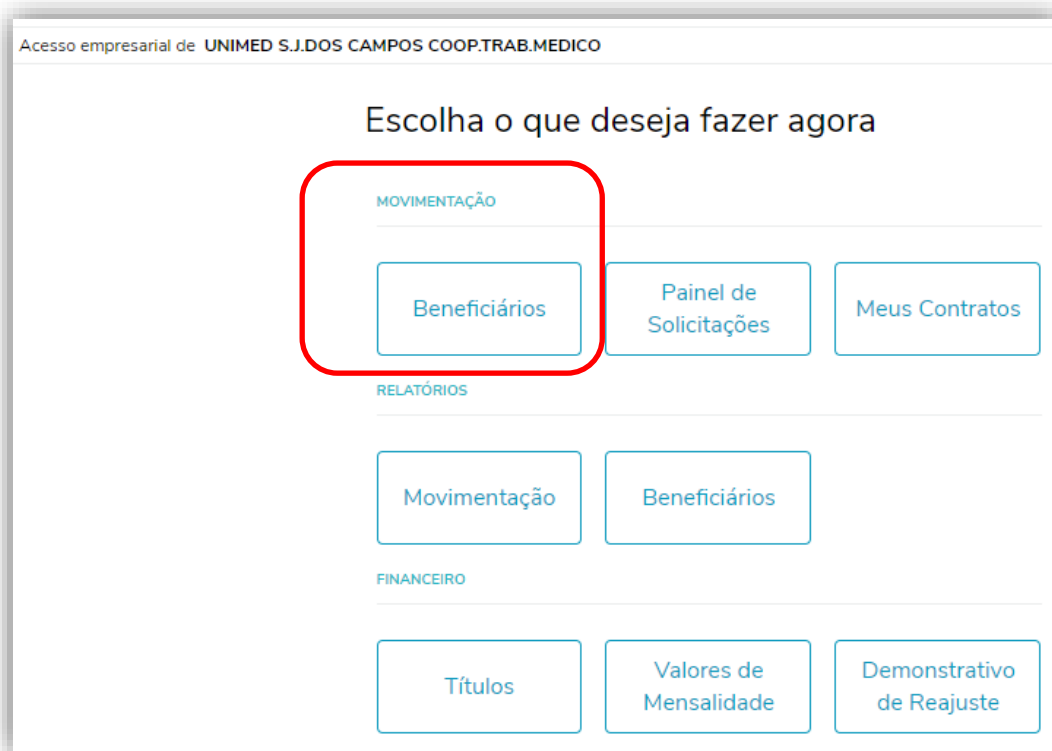


Digitar login e senha divulgado pela Analista do Contrato ou pela Equipe de Suporte Empresarial ((12)2139-4088 – (12)2139-4095 – (12)21394097):



The image shows a login form for the Unimed São José dos Campos website. At the top, there is the Unimed logo. Below the logo, the form has two input fields: 'Usuário' (Username) and 'Senha' (Password). Below the password field, there is a link that says 'Esqueci minha senha' (Forgot my password). At the bottom right of the form, there is a blue button labeled 'Entrar' (Login).

A tela abaixo apresenta todas as possibilidades de processos cadastrais e também para o acompanhamento dos mesmos futuramente:



As opções de processos cadastrais disponíveis no item destacado:

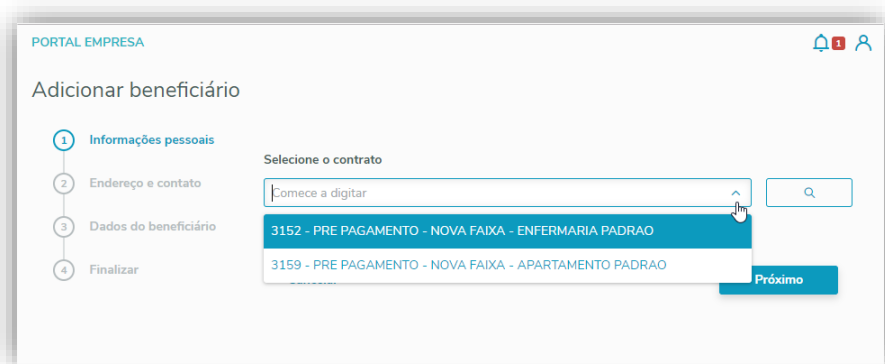
- INCLUSÃO;
- EXCLUSÃO;
- ALTERAÇÃO;
- NOVAS VIAS DE CARTÃO;

INICIANDO O CADASTRAMENTO:

INCLUSÃO, ao acessar o Movimentação de Beneficiários, clicar no botão indicado abaixo:



Selecionar a opção de contrato a ser incluído o funcionário:



Iniciar o preenchimento dos campos a partir do **CPF**, e acompanhar os demais campos pela barra de rolagem até encontrar o botão PROXIMO:

- Informações pessoais;
- Endereço e Contato;
- Dados do Beneficiário;
- Repasse (exclusivo apenas para alguns contratos);
- Finalizar;
- Anexo;

A informação de CPF é necessário a partir dos 8 anos de acordo com as novas diretrizes da Receita Federal, através das Instruções Normativas RFB 1587 de 15/09/2015 e RFB 1596 publicado em 13/12/2015, é necessário o preenchimento dos dados dos titulares e de seus dependentes, no que se refere à codificação do CPF (Cadastro de Pessoa Física). Contudo a Operadora se antecipa as exigências futuras conscientizando os clientes a **encaminharem as informações de CPF de todos os clientes, independentemente da idade atual.**

- 1- Todo cadastro deve ser feito em letra **MAIÚSCULA**;
- 2- **Não abreviar** NOMES PROPRIOS, ou seja, NOME DE BENEFICIÁRIO, NOME DE MÃE, NOME DE PAI.
- 3- **Não utilizar** ACENTOS, TRAÇOS e CEDILHA;

ENDEREÇO:

Para o preenchimento do Endereço há um padrão que deve ser seguindo conforme abaixo:

- Definir o Tipo de Logradouro;
- Definir o Tipo de Endereço;
- Digitar o CEP;
- O Sistema apresentará o nome da rua/avenida, utilizar **VIRGULA** e **“1”** espaço para a informação do **NUMERO DA RESIDÊNCIA, ver exemplo destacado abaixo:**

DETALHES DO ENDEREÇO:

- 1- O endereço deve possuir no mínimo 2 nomes (Logradouro x Nome) antes do número, não utilizar a letra “N” para representar o numero da residência:

ERRADO	CORRETO
AMAZONAS 258	RUA AMAZONAS, 258
BRASIL, 139	AVENIDA BRASIL, 139
SAUDADE, N175	AVENIDA SAUDADE, 175

- 2- Os endereços provindos de uma rodovia ou demais autoestradas, devem ser preenchidos com no mínimo 2 nomes (conforme regra 1), e onde deveria informar a quilometragem apenas informar o numero depois da virgula.

ERRADO	CORRETO
DUTRA KM 138	RODOVIA PRESIDENTE DUTRA, 138
RODOVIA REGIS BITTENCOURT, KM 238	RODOVIA REGIS BITTENCOURT, 238

- 3- Se houver mais de um número no mesmo endereço, apontar apenas um dos números, espaço TRAÇO espaço novamente e o outro numero. Será encarado como complemento. Ou utilize também o campo COMPLEMENTO.

ERRADO	CORRETO
RUA LINDOIA 235/239	RUA LINDOIA, 235 - 239
RUA ESPIRITO SANTO23 - 24 FUNDOS	RUA ESPIRITO SANTO, 23 – 24 FUNDOS

- 4- Endereços que não possuem números devem ser preenchidos com o nome do endereço, espaço e depois os caracteres “S/N”.

ERRADO	CORRETO
RUA LUIZ JACINTO	RUA LUIZ JACINTO S/N
RODOVIA NILO MAXIMO	RODOVIA NILO MAXIMO S/N

- 5- Em casos em que o nome da rua é um numero, escrever o nome por extenso:

ERRADO	CORRETO
RUA 23, 35	RUA VINTE E TRES, 35

Alertamos que o preenchimento do campo **EMAIL** é uma informação extremamente necessária para comunicação com o cliente.

O preenchimento dos campos de **TELEFONE** devem ser feito com os números em sequência, não colocar espaço, traço ou parênteses separando o DDD. Ex. 1221394000 .

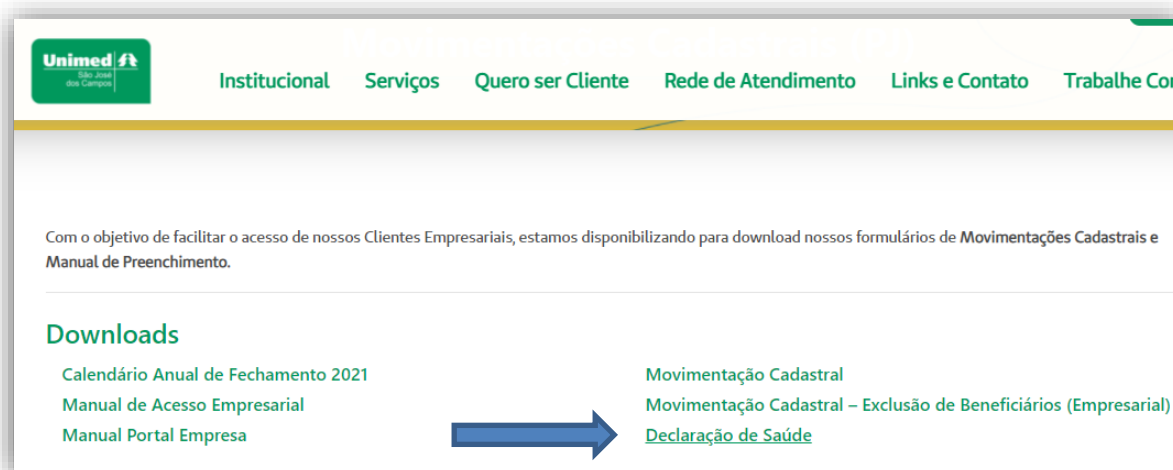
Para os casos em que o cliente já possuía plano em outra operadora, e gostaria de avaliação para redução de carencias para CONSULTAS E EXAMES BASICOS, é necessário apresentar junto a documentação a “**Carta de Permanência**” .

Há também a opção de importação de massa de clientes, utilizando planilha de importação seguindo o layout exclusivo do Portal Empresa.

DECLARAÇÃO DE SAUDE (OPS-VEN-RQ-014.R10)

Formulário específicos que apresentam a condição de saúde do cliente, este formulário está disponível no site da Unimed: <https://www.unimedsjc.com.br/Pages/Home.aspx> - SERVIÇOS - VER TODOS – FORMULÁRIOS DE MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS (PJ) – DECLARAÇÃO DE SAUDE





A Declaração de Saúde deve ser encaminhada quando a EMPRESA apresentar número de vidas no contrato inferior a 30 beneficiários, ou quando o contrato for de Adesão.

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 DE PRÓPRIO PUNHO**

Será aceito a Declaração de União Estável 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.

ARQUIVO ANEXO

O Arquivo anexado deverá ser salvo na **EXTENSÃO PDF** e deverá conter o seguinte nome: **CÓDIGO DA MODALIDADE DO PRODUTO**, normalmente 45 ou 55, código do **TERMO** (cinco dígitos) e o nome do TITULAR.

Exemplo de NOME DO ARQUIVO: **M45 T03214 KAUE DE OLIVEIRA WIMER.pdf**

M = SIGNIFICA MODALIDADE DOIS DIGITOS (M45 – M55, etc....)

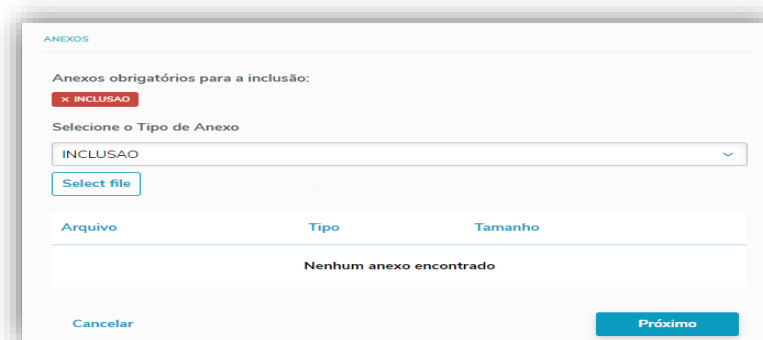
1 ÚNICO ESPAÇO.

T = SIGNIFICA TERMO + 5 DIGITOS (T06312 – T06313 – T06278 – T06279 – T06276 –T0 6277)

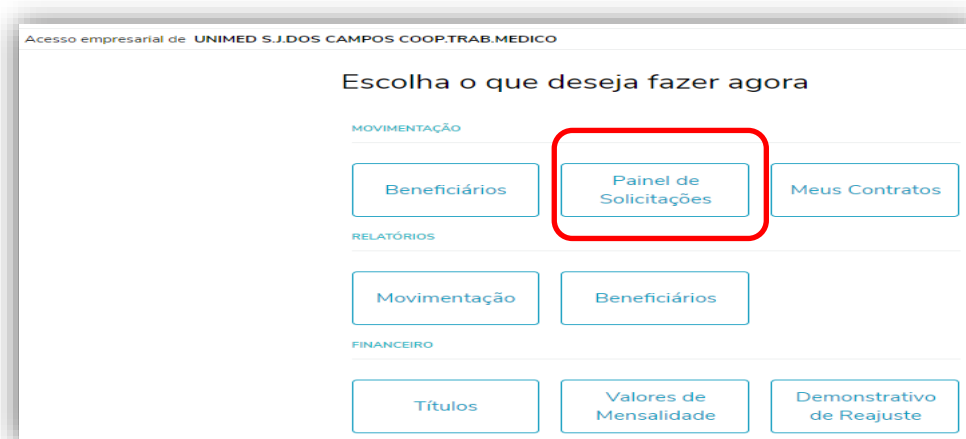
1 ÚNICO ESPAÇO.

NOME DIRETO = NOME DO TITULAR DO PLANO, mesmo quando o movimento se referir apenas ao DEPENDENTE.

Selecionar o Tipo de Anexo como INCLUSAO e clicar em ANEXAR.



O processo aparecerá com a classificação de PENDENTE AUDITORIA, no tela de PAINEL DE SOLICITAÇÕES onde nossos operadores farão a conferência do cadastramento com os documentos anexados e o cadastramento será liberado.



O **CARTAO VIRTUAL** estará disponível a partir da validação do processo por nossos auditores, orientamos a baixar o aplicativo **UNIMEDSP_CLIENTE** para ter acesso ao cartão.

ALTERAÇÃO DE DADOS

Acessar a tela de “Manutenção do Beneficiário”, selecionar o cliente que deseja fazer a correção, as telas estarão liberadas para manutenção, necessário ao final anexar o documento comprobatório à mudança e confirmar:



EXCLUSÃO PLANO DE ADESÃO

Selecionar o cliente a ser excluído e clicar na opção **REMOVER**:



Preencher com os MOTIVOS DA REMOÇÃO:

Dados do cancelamento

Motivo da Remoção

Data para Remoção

Motivo da Remoção dos Dependentes

O programa exige anexar novamente o um documento na aba DOCUMENTOS, então selecionar o tipo de anexo para EXCLUSAO e o arquivo que comprove a solicitação de cancelamento do cliente.

Clicar em **REMOVER**.

Remover Beneficiário

Termo de Ciência

comunica-45-00002964-000025 (1).pdf - 40 KB ✓ Enviado com sucesso

Documentos

Obrigatórios:

Selecione o tipo de anexo

EXCLUSAO PLANO EMPRESARIAL

Para o cancelamento de clientes de contrato de Planos Empresariais, acessar Manutenção de Beneficiário, localizar o cliente a ser excluído e clicar no nome dele:



Clicar em OUTRAS AÇÕES, e escolher a opção TERMO DE CIENCIA:



Gerar o Termo de Ciência **“Plano de Assistência à Saúde – Manutenção do Vínculo Coletivo Comunicação ao Ex-empregado e Manifestação de Vontade”**.

Efetuar o preenchimento do Documento, colher assinatura do ex-empregado, depois digitalizar este documento o qual deverá ser anexado ao final do processo de cancelamento.

Alguns detalhes sobre o preenchimento do Formulário:

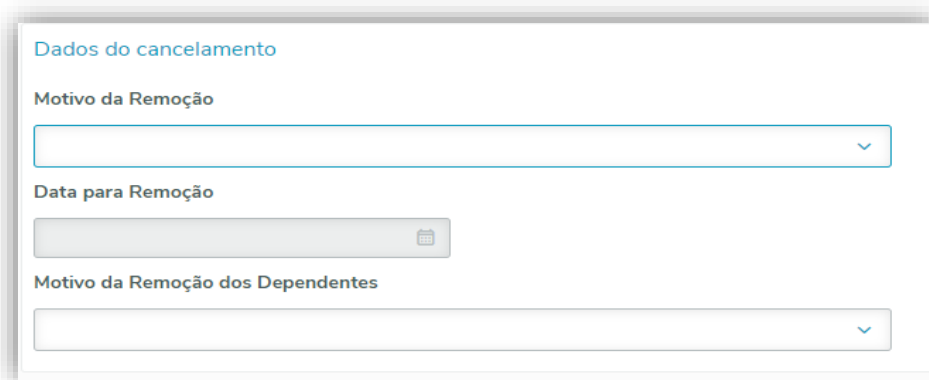
- EXCLUSÃO DE DEPENDENTE:** Esta opção deverá ser utilizada para exclusões/cancelamentos de DEPENDENTES, e não há necessidade de responder os questionamentos nem de assinatura do colaborador na Declaração de Ciência no verso do formulário, porém o ideal é que venha a carta de próprio punho ou formulário do RH de solicitação de cancelamento do plano pelo Empregado.

- b. 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.
- a. EXCLUSÃO POR JUSTA CAUSA** - Esse motivo não precisa da assinatura do funcionário pois o colaborador não tem direito ao plano prorrogação, mas o formulário deve ser preenchido, assinalado EXCLUSAO POR JUSTA CAUSA, e anexar no processo via Portal.
- b. 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 deve 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.
- c. 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 deve ser preenchido e assinalado a opção NÃO CONTRIBUIA com o plano.
- d. 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

Posteriormente selecionar o cliente a ser excluído e clicar na opção **REMOVER**:

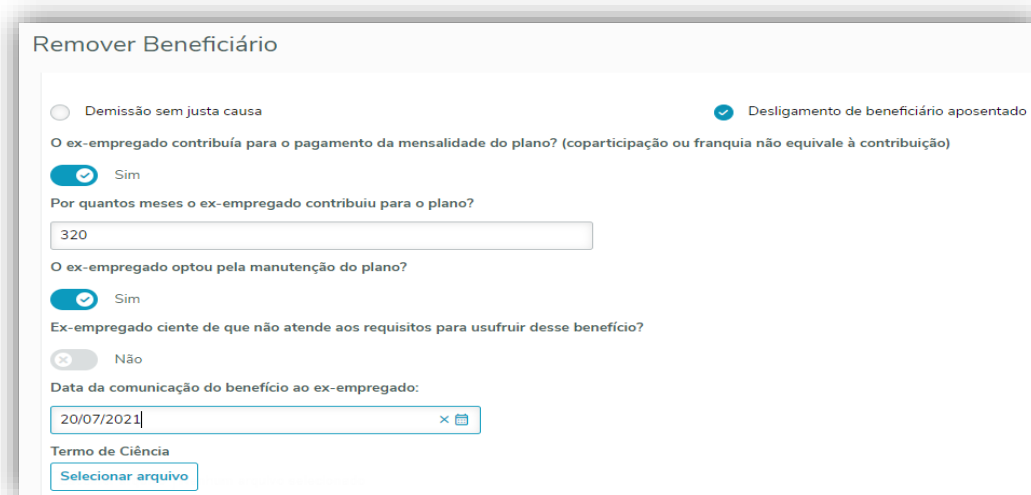


Preencher com os MOTIVOS DA REMOÇÃO:



Logo abaixo aparecerá este questionário que deverá ser respondido impreterivelmente respeitando as mesmas opções preenchidas no Termo de Ciência, pois são de extrema relevância para que o ex-colaborador possa usufruir de seu direito ao Plano de Inativos, conforme a RN 279.

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



c. Selecionar entre **DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA** ou **DESLIGAMENTO DE BENEFICIÁRIO APOSENTADO**.

d. **Empregado contribuía para o pagamento da mensalidade do plano?** – Deverá ser respondido impreterivelmente, pois conforme a RN 279 - 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 a Operadora não poderá aceitar o pedido de cancelamento sem a comprovação de ciência do ex-empregado.

- e. Por quantos meses o ex-empregado contribuiu com o plano?** – Deverá ser mencionada a quantidade de meses 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);
- f. 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**, o plano de extensão será providenciado automaticamente, obrigatório colher assinatura do ex-empregado no Termo, o qual deverá ser anexado a solicitação de cancelamento, para validação deste novo plano.

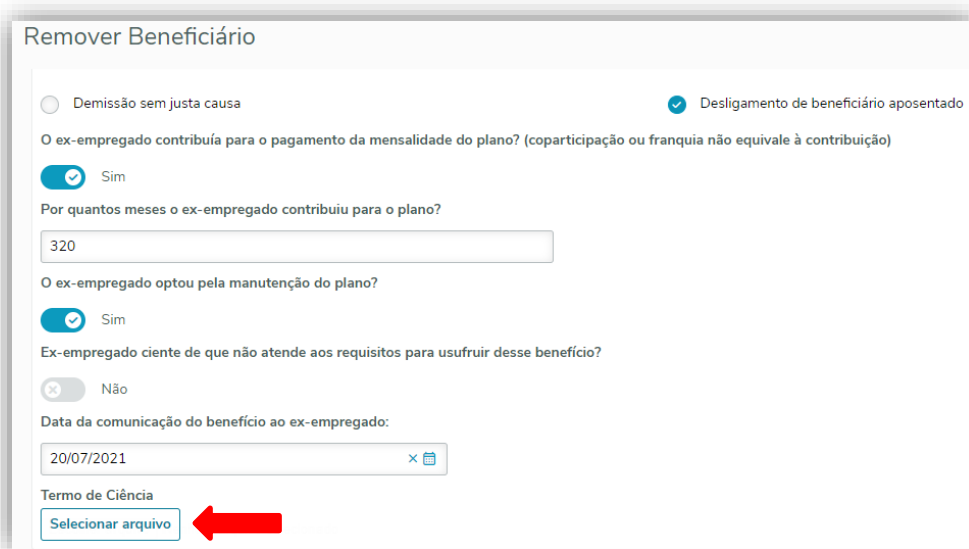
O ex-funcionário que aderir ao Plano de Extensão Prorrogação/Inativos terá a vigência do plano um dia após a data de exclusão do plano atual, e a partir dessa data a mensalidade será de responsabilidade integral do mesmo.

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

Obs. Há um prazo de processamento de 4 dias para a liberação do plano de extensão.

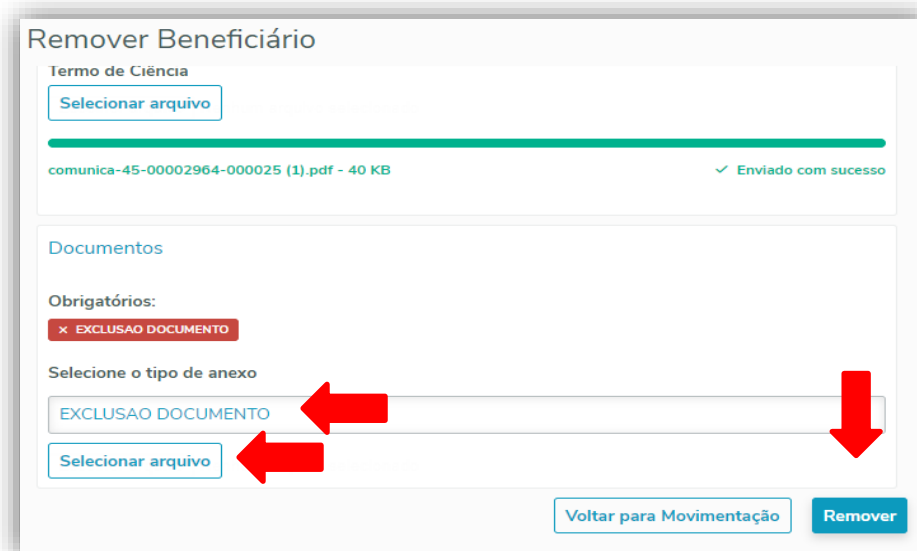
- g. Data da Comunicação do Benefício ao ex-empregado.**

No campo TERMO DE CIENCIA, precisa ser selecionado o arquivo do Termo que foi preenchido e assinado pelo ex-colaborador.



O programa exige anexar novamente o um documento na aba DOCUMENTOS, então selecionar o tipo de anexo para EXCLUSAO e selecionar novamente o mesmo arquivo já digitalizado.

Clicar em **REMOVER**.



Processo Finalizado!

O processo aparecerá com a classificação de PENDENTE AUDITORIA, onde nossos Auditores farão as conferências das informações digitadas com a documentação, e pelo PAINEL DE SOLICITAÇÃO, é possível acompanhar cada etapa do processo cadastral.

É importante se atentar para os retornos cadastrais que são apresentados no PAINEL DE SOLICITAÇÃO.

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.** Se o cadastramento estiver incorreto, ausência de documentação ou informações incompletas, rasuras não serão processados e serão “REJEITADOS” e não será acusado como recebido;
- C.** Atenção a data de fechamento conforme Calendário Anual de Fechamento em horário comercial das 8h às 17h.
- D.** Contratos que não estão adequados à RN195 e RN309 estarão suspensas para inclusão de novos titulares, em caso de dúvidas contatar o Analista de Relacionamento Corporativo de seu contrato;
- E.** A data máxima para inclusão retroativa é dia 1º do mês corrente, ou também há possibilidade de programar uma inclusão (data futura), para isso utilizar o CAMPO OBSERVAÇÃO e digitar a data desejada para inclusão.
- F.** O prazo para processamento para as solicitações via Portal Empresa, é de até 2 dias úteis;
- G.** Processos onde requer o acompanhamento de Declaração de Saúde, pode ultrapassar o prazo de 2 dias úteis, pois a documentação é encaminhada para Avaliação do Médico Auditor.

Colocamo-nos à disposição de V.Sas. para mais esclarecimentos através de nossa Central de Relacionamento Empresarial nos telefones: **(12)2139-4088 – (12)2139-4095 – (12)21394097.**

Atenciosamente,

Cadastro de Clientes
Unimed SJC Campos