

CAD DIV 056

São José dos Campos 01 de Janeiro 2019.

ÀS
EMPRESAS CONTRATANTES

REF.: CALENDÁRIO ANUAL DE FECHAMENTO E ORIENTAÇÕES CADASTRAIS 2019

Prezados Clientes,

Informamos abaixo as datas limites de fechamento de períodos que serão utilizadas em 2019 para recebimento das movimentações cadastrais de inclusões e exclusões de beneficiários de vossa Empresa:

CALENDÁRIO DE FECHAMENTO ANUAL 2019		
MÊS	DIA	DIA DA SEMANA
JAN	14	segunda-Feira
FEV	18	Segunda-Feira
MAR	18	segunda-Feira
ABR	15	Segunda-Feira
MAI	20	Segunda-Feira
JUN	17	Segunda-Feira
JUL	15	Segunda-Feira
AGO	19	Segunda-Feira
SET	16	Segunda-Feira
OUT	21	Segunda-Feira
NOV	18	segunda-Feira
DEZ	9	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 a inclusão ou exclusão do cliente.

Dispomos também de dois formulários específicos, que podem ser preenchidos eletronicamente, porém é obrigatório que o formulário venha devidamente **assinado e carimbado** bem como anexar cópias dos documentos comprobatórios das informações para que a inclusão ou a exclusão seja processada.

Os formulários, o Manual de Preenchimento e também o Detalhamento das Regras Operacionais estão disponíveis através de nosso site www.unimedsjcampos.coop.br / Espaço do cliente PJ / PJ – Formulários de Movimentações Cadastrais:

- OPS-CDT-RQ-001.R19 – MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL
- OPS-CDT-RQ-027.R07 – MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL – EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS (PLANO EMPRESARIAL)

4. FORM. OPS-CDT-RQ-001.R19 - MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL – Contém campos para cada informação classificadas pela ANS como necessárias:

- a. Como cabeçalho o Formulário apresenta a identificação de origem, no caso a Unimed SJC Campos, endereço e CNPJ;
- b. À direita campos específicos de utilização da Unimed SJC Campos;
- c. Apresenta 7 itens de Informações Importantes em relação ao período de fechamento, regras contratuais e legais que serão explicitadas ao final das definições dos campos.

d. Definição dos CAMPOS:

- I. **CONTRATANTE:** Nome do Contratante/Empresa;
- II. **VIGÊNCIA:** Dia, mês e ano referente a data em que se deve vigorar o pedido/solicitação;
- III. **MODALIDADE:** Tipo de Contratação, exemplo: 45 - Planos Empresariais, 55 - Planos de Adesões Patrocinadas (Associações e Sindicatos);
- IV. **TERMO:** Codificação de 5 dígitos que representam o tipo de contrato firmado como por exemplos Planos Participativos Enfermaria, Planos Participativos Apartamento, Planos Pré-Pagamento, etc. Cada tipo de contrato recebe uma codificação que é enviada pelo Analista de Relacionamento logo após formalização do contrato e cadastramento das vidas, esta mesma codificação é utilizada no cartão magnético e pode ser encontrado também no Demonstrativo da Fatura enviado mensalmente;
- V. **ACOMODAÇÃO DO PLANO:** Assinalar se a solicitação for para acomodação ENFERMARIA ou APARTAMENTO, hoje classificadas como COLETIVO ou INDIVIDUAL respectivamente;
- VI. **TIPO DE MOVIMENTAÇÃO:** Assinalar se a solicitação refere-se ao TITULAR apenas, ou DEPENDENTE, ou AMBOS.
- VII. Neste mesmo item há possibilidade de definição qual tipo de ação esta solicitando:
 1. **INCLUSÃO**, para entrada de novos clientes no plano de Saúde;
 2. **EXCLUSÃO** (opção exclusiva para Plano Coletivo por Adesão), para cancelamento do plano de saúde, deve-se apresentar o motivo do cancelamento e em casos de óbito há necessidade de apresentar o atestado/declaração de óbito.
 3. **SUSPENSÃO**, para suspender o atendimento médico, ressaltando que esta opção não abona a cobrança da mensalidade.
 4. **REATIVAÇÃO**, utilizado para a retirada da condição de suspensão definida no item anterior ou no sentido de manter o cadastro novamente ativo (cancelar a exclusão);
 5. **2ª VIA DE CARTÃO**, solicitar uma nova via de cartão, atenção para as condições contratuais, pois há previsão de valorização a ser processada exceto para os casos de roubo/furto com apresentação do Boletim de Ocorrência;
 6. **PRORROGAÇÃO**, para ações no plano de extensão de beneficiários/ex-empregados que estão sob a condição da Lei 9656/98, artigo 30, 31 e RN279.
 7. **ALTERAÇÃO DE DADOS**, para alterações de alguns dados conforme os próximos campos como:
 - a. **NOME** – Para alteração de nome é necessário apresentar documentos oficiais que confirmam a legalidade da alteração, nova via de cartão será enviada com instrução para cobrança conforme contrato;

- b. **ESTADO CIVIL** – Para este item é necessário apresentar documentos oficiais que confirmar a legalidade da alteração, e para as alterações que indicarem também alteração de nome uma nova via de cartão será enviado com instrução para cobrança conforme contrato;
- c. **DATA DE NASCIMENTO** - Para este item é necessário apresentar documentos oficiais que confirmar a legalidade da alteração;
- d. **LOCAL DE ATENDIMENTO** – Utilizada para alterar a abrangência do plano, local geográfico nacional onde o cliente esta exposto, porém é necessário consultar se há previsão contrato prevê tal situação. Para os contratos onde há previsão, é necessário anexar um comprovante de endereço do novo local de atendimento.
- e. **SEXO** – Utilizada para alteração da informação de sexo;
- f. **ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO** – utilizado para atualização endereço, necessário apresentar o comprovante;
- g. **TRANSFERÊNCIA DE PLANO** – Utilizado para alterar o plano de um mesmo contratante. Ex. Alteração de acomodação, de tipo de planos (PARTICIPATIVO, UNIMED FACIL, PRE PAGAMENTO), etc.
- h. **OUTROS** – Utilizado para outras situações não demonstradas acima, neste caso é necessário também utilizar o campo OBSERVAÇÃO localizado no rodapé deste formulário.

VIII. **DADOS DO PLANO ANTERIOR** (Anexar documentos comprobatórios) – Este campo é utilizado em casos de novas inclusões onde o cliente já possui outro plano Unimed, é importante preencher para identificação do cliente no sistema e análise de carências e prazos de inclusão;

IX. **DADOS PESSOAIS DO TITULAR / DEPENDENTES** – Os próximos campos são exclusivamente de documentação particular do titular e seus dependentes como: NOME, SEXO, ESTADO CIVIL, DATA NASCIMENTO, IDADE, CÓD FUN. SERIOUS (refere-se aos 6 últimos dígitos do código do cartão e pode ser encontrado também do demonstrativo de fatura enviado mensalmente), CPF, RG, ORGÃO EMISSOR DO RG, UF DO RG, PAIS, DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (Para os nascidos a partir de 01/01/2010 esta informação pode ser encontrada na Certidão de Nascimento), RIC (Registro de Identidade Civil, será o NOVO-RG, porém nem todos os brasileiros tem tal documento e, portanto é facultativa a apresentação do mesmo), TITULO DE ELEITOR, CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – CNS, ENDEREÇO, NÚMERO, BAIRRO, CEP, CIDADE, ESTADO, TELEFONE, LOCAL DE ATENDIMENTO (Utilizado para colocar o nome da CIDADE a qual o cliente estará exposto, com comprovação de endereço), NOME DA MÃE, NOME DO PAI, REGISTRO DE EMPREGADO, DATA DE ADMISSÃO, OCUPAÇÃO;

** O nome do beneficiário deve estar conforma base de dados da Receita Federal.*

** O formulário tem campo para 3 dependentes, porém em casos em que o titular tiver mais dependentes, há necessidade de preencher um segundo formulário com os dependentes faltantes contudo o campo TITULAR também deverá ser preenchido, assim como a sinalização da ação desejada.*

K) OBSERVAÇÕES – Este campo pode ser utilizado pelo cliente para destacar ou orientar sobre alguma situação no preenchimento a cima ou quando não houver uma opção no formulário que demonstre sua solicitação;

L) CLIENTE (CONTRATANTE - PESSOA JURIDICA) – Espaço reservado para ASSINATURA e CARIMBO ambos obrigatórios, de clientes decorrente de contratos de Pessoa Jurídica e data de preenchimento do formulário;

Obs.: No verso deste formulário há explicação dos campos e da obrigatoriedade dos documentos.

CÓPIA DE DOCUMENTOS (RN117):

- CPF do cliente maior de idade;
- RG (Registro Geral) do cliente ou Certidão de Nascimento;
- Certidão de Casamento / Declaração de União Estável;
- 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 SAUDE E TERMO DE MOLÉSTIA (FORMULÁRIOS OPS-VEN-RQ-014.R8 - OPS-VEN-RQ-042.R1)

A Declaração de Saúde e o Termo de Moléstia devem ser encaminhados 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 inclusões de companheiros (as) até 30 dias da data da união, salvo as orientações abaixo.

 Para as inclusões de companheira(o) necessário a Declaração do Cartório de União Estável, onde conste expressamente o tempo em que os conviventes estão juntos. Em caso da união ser inferior a 30 dias ou quando não constar a data de inicio da união no documento, necessário apresentar pelo menos mais 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 residência em comum;
- VIII - comprovação de financiamento de imóvel em conjunto;
- IX - comprovação de conta bancária conjunta;
- X - apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a);
- XI - qualquer outro elemento que se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

Observação: A data que deve ser considerada é a data do início da união e não a data de registro do Termo de União Estável;

Para as solicitações de inclusões que ultrapassem do prazo de 30 dias definidos a cima, obrigatoriamente a Empresa deverá PREENCHER A DECLARAÇÃO DE SAUDE e TERMO DE MOLESTIA em casos de lesão preexistente, e terão carências conforme previsão contratual.

5. FORM.CAD0027 R1 - MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL – EXCLUSAO DE BENEFICIÁRIOS – Contém campos para cada informação classificadas pela ANS como necessárias e deverá ser utilizado exclusivamente em casos de exclusões de beneficiários decorrentes de **CONTRATOS EMPRESARIAIS (Modalidade 45). Para exclusões/cancelamentos de PLANOS DE ADESÕES, utilizar o formulário anterior (OPS-CDT-RQ-001.R19 – MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL):**

1. Como cabeçalho o Formulário apresenta a identificação de origem, no caso a Unimed SJC Campos, endereço e CNPJ;
2. À direita campos específicos de utilização da Unimed SJC Campos;
3. Apresenta 4 itens de “Informações Importantes” que devem ser levadas em consideração o período de fechamento e regras contratuais e legais que serão explicitadas ao final das definições dos campos.
4. Definição dos CAMPOS: (Todos os campos do cabeçalho devem estar preenchidos)
 - I. **MÊS:** Preencher com o mês e ano o qual a movimentação deve ser considerada/validada;
 - II. **CLIENTE:** Nome do Contratante/Empresa;
 - III. **VIGÊNCIA:** Dia, mês e ano referente a data em que se deve vigorar o pedido/solicitação;
 - IV. **MODALIDADE:** Tipo de Contratação, exemplo: 45 - Planos Empresariais. A modalidade 55 - Planos de Adesões Patrocinadas (Associações e Sindicatos), devem utilizar o formulário **FORM.CAD001R17 opção EXCLUSAO;**
 - V. **TERMO:** Codificação de 5 dígitos que representam o tipo de contrato firmado como por exemplos Planos Participativos Enfermaria, Planos Participativos Apartamento, Planos Pré-Pagamento, etc. Cada tipo de contrato recebe uma codificação que é enviado pelo Analista de Relacionamento logo após formalização do contrato e cadastramento das vidas, esta mesma codificação é utilizada no cartão magnético e pode ser encontrado também no Demonstrativo da Fatura enviado mensalmente;

VI. TIPO DE MOVIMENTAÇÃO, apresenta 4 tipos de opções como:

- a) **DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA**: Quando a manifestação do desligamento parte da Empresa Contratante;
- b) **PEDIDO DE DEMISSÃO**: Quando a manifestação do desligamento parte do empregado, e nesta opção o beneficiário perde o direito de continuar com o plano conforme determina o artigo 30 da Lei 9656/98;
- c) **APOSENTADO**: Quando o beneficiário adquire a condição de aposentado e não continuará a exercer a profissão;
- d) **DESISTENCIA**: Para casos em que não há mais o interesse do empregado ou o dependente do empregado;
- e) **INSATISFAÇÃO**: Quando há o descontentamento com o Serviço oferecido pela Unimed SJC Campos;
- f) **OBITO**: Necessário apresentar o Atestado de Óbito;

VII. 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 - 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 que conste na página 2 deste formulário a assinatura do ex-empregado para comprovar a ciência de tal informação.

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

No próximo espaço do formulário apresenta uma tabela explicativa quanto alguns itens da NORMA REGULAMENTADORA Nº279.

- VIII. 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.

Na tabela de motivos de cancelamentos no verso do formulário, classificar e preencher o campo com a codificação correspondente.

- 5. DADOS PESSOAIS DO TITULAR / DEPENDENTES** – Os próximos campos são exclusivamente de documentação particular do titular e seus dependentes e são solicitados para confrontar com o que constam em nossa base de dados e também com o objetivo de mantê-las atualizadas: NOME (completo sem abreviaturas), SEXO, ESTADO CIVIL, DATA NASCIMENTO, IDADE, PARENTESCO, CÓD FUN. SERIOUS (refere-se aos 6 últimos dígitos do código do cartão e pode se encontrado também do demonstrativo de fatura enviado mensalmente), CPE, RG, ORGAO EMISSOR DO RG, UF DO RG, PAIS, DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (Para os nascidos a partir de 01/01/2010 esta informação pode ser encontrada na Certidão de Nascimento), RIC (Registro de Identidade Civil, será o NOVO-RG, porém nem todos os brasileiros tem tal documento e, portanto é facultativa a apresentação do mesmo), TITULO DE ELEITOR, CARTAO NACIONAL DE SAUDE – CNS, ENDEREÇO, NUMERO, BAIRRO, CEP, CIDADE, ESTADO, TELEFONE, LOCAL DE ATENDIMENTO (Utilizado para colocar o nome da CIDADE a qual o cliente estará exposto, com comprovação de endereço), NOME DA MAE (completo sem abreviaturas), NOME DO PAI (completo sem abreviaturas);

Os campos obrigatórios de preenchimento são: NOME DO TITULAR/DEPENDENTES, CPF e NOME DE MAE.

** O formulário tem campo para 3 dependentes, porém em casos em que o titular tiver mais dependentes, há necessidade de preencher um segundo formulário com os dependentes faltantes contudo o campo TITULAR também deverá ser preenchido.*

- 6. OBSERVAÇÕES** – Este campo pode ser utilizado pelo cliente para destacar ou orientar sobre alguma situação no preenchimento a cima ou quando não houver uma opção no formulário que demonstre sua solicitação;
- 7. CLIENTE (PESSOA JURÍDICA)** – Espaço reservado para ASSINATURA e CARIMBO de clientes decorrente de contratos de Pessoa Jurídica e data de preenchimento do formulário;
- 8.** Apresentamos também na página 2 do formulário a **DECLARAÇÃO DE CIENCIA DO EX-EMPREGADO DA OPÇÃO DE MANUTENÇÃO** (ART 30 e 31 DA LEI 9656/98), onde deverá constar assinatura do ex-empregado conforme explicado no item 2.4.VII-a, deste Manual.

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 que agiliza 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.** Para preenchimento da Movimentação Empresarial física incorreta, falta de documentação ou informações incompletas, rasuras, não será processado e a movimentação será devolvida e não será acusado como data de protocolo;
- D.** A informação do número de CPF é obrigatória para titulares e dependentes.
- E.** Para EXCLUSÕES a Movimentação Cadastral física pode ser preenchida, no que se refere aos dados dos beneficiários, apenas com o NOME DOS BENEFICIÁRIOS COMPLETOS (sem abreviaturas) E CPF.;
- F.** O protocolo da movimentação cadastral será dado como VÁLIDO quando a documentação estiver completa;
- G.** Prazo de entrega para envio das movimentações é definido pelo Calendário Anual de Fechamentos, demonstrados acima no horário comercial das 8h às 17h, valendo tanto para a entrega física quanto eletrônica, com vigência de acordo com a data do protocolo de recebimento na Unimed-SJC;
- H.** As movimentações de INCLUSÕES que **não apresentarem** preenchimento do campo VIGÊNCIA e que forem recebidos até a data do fechamento serão processadas com data inclusão conforme data de protocolo e as movimentações que forem entregues após o fechamento serão processadas para o primeiro dia do mês subsequente;
- I.** Para as inclusões entregues após o Fechamento, onde as mesmas deverão ser processadas ainda dentro do mês, solicitamos que seja indicada, no campo vigência, a data desejada para o cadastramento, com a ciência de que a cobrança retroativa será processada para o próximo período;
- J.** A data máxima para inclusão retroativa é dia 1º do mês corrente;
- K.** 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;
- L.** Para as Empresas que enviam movimentações de beneficiários via e-mail, passaremos a aceitar a documentação mediante assinatura escaneada, juntamente com os documentos exigidos pela ANS e também respeitando a data e horário de envio definido pelo CALENDÁRIO ANUAL;
- M.** O endereço eletrônico para envio de documentação é cadastro@unimedsjc.coop.br, onde cada anexo contenham formulário/documentos devidamente assinados, sendo cada anexo de um único colaborador/titular. Ex. em um único arquivo anexo constará a documentação de **1 TITULAR E SEUS DEPENDENTES** em formato **PDF** exclusivamente, a capacidade por e-mail é de **10 MB**;
- N.** Orientamos as Empresas que optam pelos movimentos eletrônicos via e-mail que guardem nosso protocolo eletrônico para futuras comprovações que se fizerem necessárias;

- O.** Empresas que possuem mais de um tipo de PLANO UNIMED-SJC, precisam informar para qual produto devemos realizar a inclusão/alteração, neste caso orientamos a preencher o campo “TERMO” ou escrever no campo “OBSERVAÇÃO” o plano desejado;
- P.** Para solicitação de segunda via de cartão, utilizar a ferramenta web PORTAL EMPRESA.
- Q.** O prazo para PROTOCOLO das Movimentações Cadastrais, tanto físicas quanto eletrônicas é de 1 dias útil;
- R.** O prazo para o PROCESSAMENTO das movimentações recebidas e de confecção do cartão é de 3 dias uteis desde que não haja irregularidade processual/documental;

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,

SETOR DE CADASTRO DE CLIENTES