Orientações para movimentação cadastral:

Sumário

1 INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS VIA E-MAIL OU DOCUMENTO FÍSICO: 1
1.1 TITULAR 1
1.2 DEPENDENTES LEGAIS (CÔNJUGE E FILHOS) 2
1.3 CARÊNCIAS E PREENCHIMENTO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE 2
2 FORMULÁRIOS: 3
2.1 FICHA DE INCLUSÃO 3
2.2 DECLARAÇÃO DE SAÚDE + TERMO DE CPT 5
2.3 DECLARAÇÃO DE SAÚDE (PREENCHIMENTO E ASSINATURA MANUAL): 6
2.4 TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA APLICAÇÃO DE CPT (PREENCHIMENTO MANUAL): 6
2.5 DECLARAÇÃO DE SAÚDE (PREENCHIMENTO E ASSINATURA ELETRÔNICA): 6
3 EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS: 8
3.1 DOCUMENTOS PARA EXCLUSÃO 8
3.2 TROCA DE PRODUTO VIA E-MAIL OU FÍSICO 10
3.3 SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO (PREENCHIMENTO E ASSINATURA MANUAL) 11
3.4 SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE CARTÃO (PREENCHIMENTO E ASSINATURA ELETRÔNICA) 11
3.5 PRAZO PARA ENVIO DAS MOVIMENTAÇÕES: 11
4 PORTAL DA CONTRATANTE 12
4.1 PORTAL – LINK PARA ACESSO AO PORTAL 12
4.2 PORTAL – ACESSO AO PORTAL 12
4.3 PORTAL – APRESENTAÇÃO – PÁGINA INICIAL 12
4.4 PORTAL – BENEFICIÁRIO – CONSULTA, ALTERAÇÃO CADASTRAL E RESCISÃO 12
4.5 PORTAL – CONSULTAR INFORMAÇÕES 13
4.6 PORTAL – ALTERAÇÃO CADASTRAL 13
4.7 PORTAL – RESCISÃO 14
4.8 ANEXOS OBRIGATÓRIOS: 15
4.9 PORTAL – INCLUIR BENEFICIÁRIOS 16
4.10 PORTAL – TROCA DE PLANO 18
4.11 PORTAL – VISUALIZAR MOTIVO DE REJEIÇÃO 19
4.12 PORTAL – CONSULTAS 20
4.13 PORTAL – REENVIAR SOLICITAÇÃO REJEITADA 21
4.14 PORTAL – CONSULTAR CARÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS 23
4.15 PORTAL – MENSALIDADE: 24
4.16 PORTAL – RELATÓRIO ESTIPULANTE 25
5 FORMULÁRIOS ELETRÔNICOS – LINKS DISPONÍVEIS PARA MOVIMENTAÇÕES 26
6 PERGUNTAS E RESPOSTAS 27

1 Inclusão de beneficiários via e-mail ou documento físico:

Para solicitar a inclusão de beneficiários, a empresa contratante deve **obrigatoriamente** anexar a cópia dos documentos:

1.1 Titular

- RG

- CPF
- Comprovante de residência
- GFIP ou e-social (devem ser enviados na íntegra, sem rasuras ou alterações) de forma que seja possível verificar as informações do funcionário e empregador.
- Cartão SUS (Não obrigatório o envio, mas trata-se de item obrigatório a ser enviado para ANS. A operadora tem acesso a esta informação através do SUS. Porém, caso o acesso esteja fora do ar no momento da inclusão, a inclusão não poderá ser processada até que a contratante forneça essa informação).

Observação: Os titulares no plano coletivo empresarial podem ser: sócios, administradores, pessoa física que possuir vínculo empregatício com a PJ contratante como funcionário CLT ou trabalhador temporário, estagiário, e menor aprendiz.

→***Importante:*** *PJ's caracterizados como empresário individual junto a RF, que são prestadoras de serviços,* ***não se enquadram para inclusão como titular****. Portanto, devem contratar plano coletivo diretamente com a operadora.*

1.2 Dependentes Legais (Cônjuge e filhos)

- CPF
- RG (não obrigatório para RN)
- Certidões de nascimento ou casamento (conforme for o grau de parentesco).
- Cartão SUS (conforme citado no item 1.1).

1.3 Carências e Preenchimento de Declaração de Saúde

a) Quando a inclusão do recém-nascido, ocorrer dentro dos 30 dias do nascimento em plano de segmentação que possua direito a **internação obstétrica**, não haverá cumprimento de carências, desde que, o titular tenha cumprido pelo menos **180 dias de plano**. Quando o plano for de **segmentação apenas ambulatorial**, não há isenção de carências e, portanto, deve ser preenchida a **Declaração de Saúde**.

b) Conforme normativa da ANS, para contratos com 30 vidas ou mais, o beneficiário que formalizar a sua inclusão dentro dos 30 dias do evento que caracteriza sua elegibilidade (admissão, nascimento, casamento, adoção), não terá que cumprir os períodos de carências estabelecidos. Portanto, não haverá preenchimento de **Declaração de Saúde**.

c) Para a inclusão de cônjuge, prevista no item anterior, com o benefício de isenção de carências, deverá ser enviado a **Certidão de Casamento,** emitida por instrumento público. Declarações emitidas de próprio punho, com firma reconhecida em cartório, serão aceitas como exceção, confirmando a união e **permitindo apenas** a adesão ao plano como dependente, **porém, com o cumprimento de carências previsto contratualmente**.

d) Para contrato até 29 vidas, quando for solicitado a inclusão de filho Recém-nascido ou filho adotivo dentro dos 30 dias do evento (nascimento ou adoção), não será aplicado carências desde que, **a segmentação do produto seja Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**, para as demais situações (**admissão ou cônjuge**), haverá preenchimento de declaração de saúde e aplicação de carências.

2 Formulários:

Em anexo no item 2.1 os modelos de formulários acerca das movimentações cadastrais, no que diz respeito as **INCLUSÕES.**

2.1 Ficha de Inclusão

O formulário de inclusão poderá ser preenchido de forma **manual** ou **eletrônica**.

Segue abaixo o nome arquivo a ser utilizado no **preenchimento e assinatura manual**:

- **FORM-001.Ficha de Inclusão Coletivo Empresarial** (pode incluir até 6 dependentes).
- **FORM-002.Ficha de Inclusão Coletivo Empresarial titular e 1 dependente:** Utilizado para incluir até um dependente.

Necessário preencher todos os campos (sem rasuras, beneficiário titular deve datar e assinar).

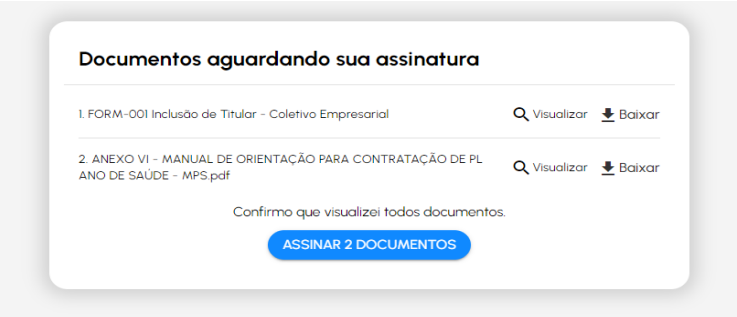
Segue abaixo os links para **preenchimento e assinatura eletrônica**:

- **FORM-001 Inclusão de Titular - Coletivo Empresarial** - https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/636b8ba8-8be8-450a-b08f-d08931c2edf0 (**uso exclusivo para inclusão de titular**).
- **FORM-002 Inclusão de dependente - Coletivo Empresarial** - https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/1afd9494-736d-4c0d-9a8d-002b1da2a497 (**uso exclusivo para inclusão de dependente**).

O preenchimento deverá ser realizado através de celular ou computador que possua câmera.

- Todos os campos com asterisco (*) são de caráter obrigatório.
- A assinatura dos documentos **expostos neste item** deverá ser feita sempre pelo **titular do plano.**

Ao clicar em assinar será exibido o documento completo com os dados preenchidos, bem como o manual de orientação para contratação de plano de saúde. Leia atentamente todas as informações e em seguida clique em **Assinar documentos**.

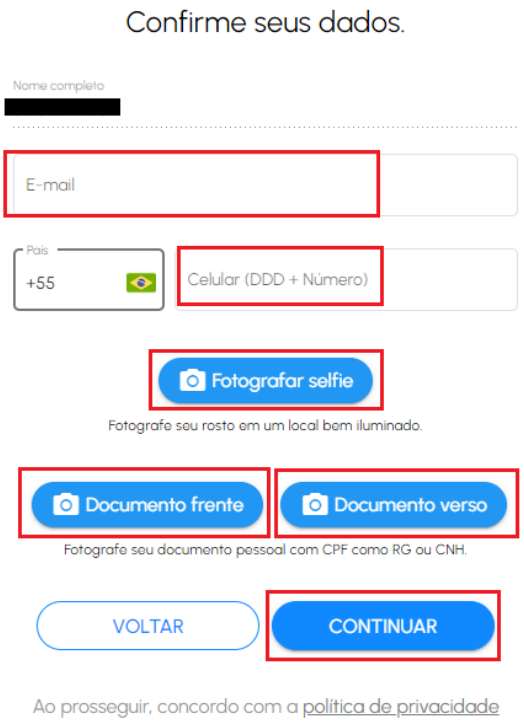


A seguir será solicitado:

- E-mail;
- Telefone de contato com DDD;
- Fotografe seu rosto em um local bem iluminado;

- Fotografe seu documento pessoal com CPF como RG ou CNH (frente e verso);

Clique em **continuar**.



Assine no local indicado abaixo:

Após o realizar a assinatura o beneficiário deve clicar em **Finalizar**. Após concluir o processo clicar em **Baixar assinado**, para visualizar o documento assinado e encaminhar para área responsável **(empresa empregadora do funcionário e contratante do plano)** junto com as demais documentações de inclusão.

2.2 Declaração de Saúde + Termo de CPT

A **Declaração de Saúde** aplica-se somente para os casos em que houver o cumprimento de carências, conforme exposto no **item 1.3 Carências e Preenchimento de Declaração de Saúde**.

Segue abaixo o nome do arquivo a ser utilizado no **preenchimento e assinatura manual:**

- ANEXO 2 DECLARAÇÃO DE SAÚDE + CPT INDIVIDUAL **(utilizado apenas para uma pessoa, independente se é titular ou dependente).**
- ANEXO 1 DECLARAÇÃO DE SAÚDE + CPT - TITULAR E DEP (**utilizado para um titular e até dois dependentes).**

  Observação: O beneficiário titular deve preencher o documento acima sem rasuras e informar a(s) doença(s) que saiba ser portador na adesão do plano. **De forma a ter ciência, que para os casos informados, poderá haver cobertura parcial temporária conforme estabelecido pela ANS).**

  Segue abaixo o link para **preenchimento e assinatura eletrônica**:

- **FORM-005 Declaração de Saúde + CPT** - https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/382ce927-73b3-4df8-9888-257b236ecb79 ATENÇÃO: **(utilizado apenas para uma pessoa, independente se é titular ou dependente. Caso a inclusão seja titular e dependente, cada um deverá preencher e assinar o documento). Ou seja, se titular e dependente possuir 18 anos ou mais cada, o titular deverá preencher a sua declaração de saúde e o dependente deverá preencher a sua.**

Observação: O responsável pelo preenchimento e assinatura somente poderá ser outro que não o próprio beneficiário quando este for menor de idade ou incapaz (para os casos de incapaz deverá ser encaminhado a CURATELA **e somente** a pessoa indicada no documento poderá realizar a assinatura).

2.3 Declaração de Saúde (preenchimento e assinatura manual):

- Deve preencher todos os campos como: NOME, CPF, IDADE, ALTURA, PESO, bem como qualquer outro campo que seja solicitado.
- O titular deve assinar em todas as páginas nos campos solicitados.
- O titular deve informar a data do preenchimento nos campos solicitados.
- Responder o questionário marcando **X** para **SIM** ou **NÃO**. Quando a opção assinalada for **SIM**, obrigatoriamente deve especificar a doença ou comentário que julgar necessário no campo ao lado**.**
- Não pode haver nenhuma resposta em branco e/ou rasuras no documento**.**
- Caso o beneficiário preencha a DS sem auxílio médico, **o mesmo deverá marcar na última página da declaração de saúde a 3ª opção,** indicando que não foi orientado por profissional médico particular ou credenciado ao Vita Saúde. Caso marque que foi orientado por médico mediante entrevista qualificada, obrigatoriamente deve conter carimbo e assinatura do médico. Deve haver assinalar apenas uma opção das disponíveis.

→**Importante:** Caso a Declaração de Saúde seja enviada fora das conformidades, a mesma não poderá ser aceita, sendo necessário que o beneficiário refaça o processo e a PJ contratante protocole novamente junto ao Vita Saúde.

2.4 Termo de Concordância para Aplicação de CPT (preenchimento manual):

Aplica-se somente aos casos em que houver cobertura parcial temporária.

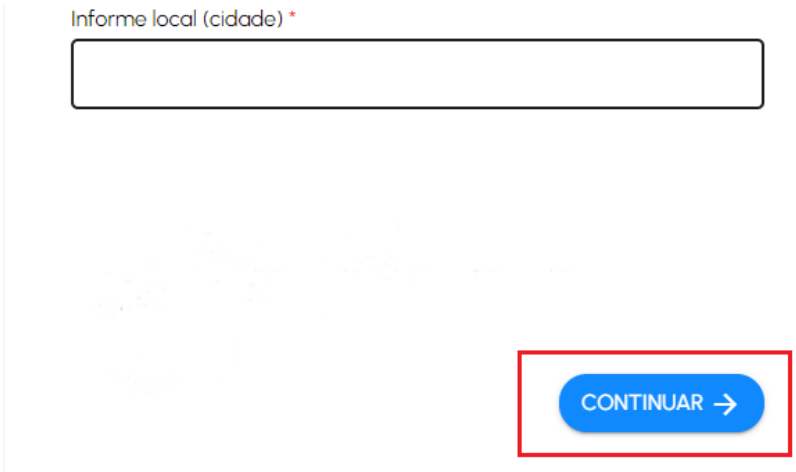
Caso seja assinalado SIM para algum dos itens da Declaração de Saúde, a descrição feita sobre a Doença Pré-Existente deve ser repetida no termo de CPT. O termo visa a dar ciência ao beneficiário sobre que a cobertura parcial temporária de 24 meses que poderá ser aplicada para leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, para as doenças ou procedimentos declarados.

2.5 Declaração de Saúde (preenchimento e assinatura eletrônica):

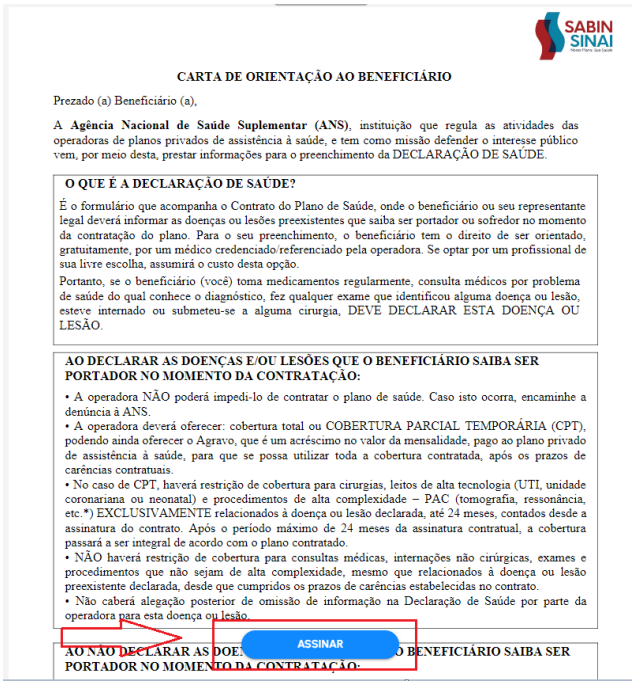
O preenchimento deverá ser realizado através de celular ou computador que possua câmera.

- Todos os campos com asterisco (*) são de caráter obrigatório.
- Caso em algumas das perguntas a resposta seja SIM deverá detalhar no campo seguinte sobre a doença que saiba ser portador no ato do preenchimento **(caso a resposta seja SIM e não seja descrito, será solicitado pela operadora novo preenchimento do documento).**
- Quando a resposta for **não**, não deve descrever nada.
- Se o beneficiário for incapaz é necessário anexar junto a declaração de saúde, seja no e-mail ou portal, a CURATELA, **e somente** a pessoa indicada no documento poderá realizar a assinatura.

Após o preenchimento das informações, clique em continuar no final da página.



Será exibido o documento completo com os dados preenchidos, o beneficiário deve ler atentamente todas as informações, e em seguida clique em **Assinar**.



A seguir será solicitado:

- E-mail;
- Telefone de contato com DDD;
- Fotografe seu rosto em um local bem iluminado;
- Fotografe seu documento pessoal com CPF como RG ou CNH (frente e verso);

Clique em **continuar**.

Crie a assinatura na tela.

Após realizar a assinatura clique em **Finalizar**. Após concluir o processo clique em **Baixar assinado** para visualizar o documento assinado e encaminhar a área responsável junto com as demais documentações de inclusão.

3 Exclusão de beneficiários:

Para solicitar exclusão de algum beneficiário a contratante deverá encaminhar os formulários abaixo.

3.1 Documentos para exclusão

a. FORM-079.FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO EMPRESARIAL - ELETRÔNICO

- Para utilizar o formulário eletrônico, utilize o link abaixo:

  https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/6d8617e6-c6fc-46f0-b6fb-10c1a29f96b4

- **Nesta hipótese, o formulário é preenchido apenas pela empresa contratante do plano e deverá ser encaminhado em conjunto com o FORM-080. ou FORM-081 conforme exemplificado nos itens C e D abaixo.**
- Siga as instruções do formulário e responda as perguntas sobre a exclusão do ex-funcionário, neste formato levará menos de 5min para o preenchimento e não será necessário fazer a impressão 😀;
- Após concluir o preenchimento e assinar o formulário, basta baixar o arquivo e encaminhar ao setor de cadastro;

b. FORM-079.1. FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO EMPRESARIAL - IMPRESSÃO

✓ Preencher todos os campos referentes a PJ contratante e ao Beneficiário (Nome, telefone, e-mail, CPF, data (demissão, óbito, aposentadoria), se o titular contribuía com a mensalidade do plano (se sim, informar o tempo de contribuição);

✓ Informar se o cancelamento é do titular e dependente **ou** apenas de dependente;

✓ Informar o motivo da exclusão;

✓ Informar se o beneficiário optou pelo plano de inativos (possui direito ao plano de inativos quando o titular do plano contribuiu com a mensalidade do plano e o motivo da exclusão seja **Desligamento sem justa causa ou Aposentadoria**);

✓ Informar os beneficiários dependentes que serão rescindidos do plano de ativos da empresa (sempre que o houver o cancelamento do titular, os dependentes serão cancelados automaticamente).

✓ A **empresa contratante** deve datar, carimbar e assinar este formulário;

Atenção: Os formulários, **FORM-079.FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO EMPRESARIAL – ELETRÔNICO** e **FORM-079.1. FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO EMPRESARIAL – IMPRESSÃO**, obrigatoriamente precisam estar acompanhado do seguinte termo para que a solicitação seja aceita pela operadora:

c. **FORM-080.TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE INATIVOS (RN 488)** se o titular optar pelo plano de inativos.

Neste documento contém todas as informações sobre os direitos, deveres e valores que o beneficiário assumirá. Necessário estar devidamente preenchido com a tabela de inativos atualizada **(caso não possua a tabela atualizada, basta solicitar ao setor de relacionamento com o cliente).** O termo precisa estar preenchido com todos dados atualizados do titular, informar quais os beneficiários permanecerão no plano de inativos, o TITULAR deve datar e assinar o documento.

Atenção: Caso o titular deseje se manter no plano de inativos e cancelar todos ou alguns de seus dependentes, basta não informar os nomes neste termo que não terão mais cobertura do plano. Os dependentes serão excluídos automaticamente se não estiverem relacionados neste termo.

d. **FORM-081.TERMO DE CIÊNCIA DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE** se o titular **não optar pelo plano de inativos**.

Enviar obrigatoriamente este documento devidamente preenchido e assinado pelo Titular do plano, nele contém todas as informações sobre os direitos garantidos que o beneficiário possui devido sua exclusão. **Este formulário poderá ser preenchido de forma online, basta encaminhar o link abaixo para o ex-funcionário:**

https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/b4ccfed8-655c-44b2-826f-66d33f2247ff

Após o preenchimento, o ex-funcionário deve baixar o arquivo conforme exemplo exposto na alínea a do item 3.1, e encaminhar a empresa contratante do plano, e esta protocolar na operadora junto com o formulário de exclusão de beneficiários coletivo empresarial.

→**Importante:** É imprescindível que o beneficiário tenha ciência que seu plano será cancelado. Sendo assim, obrigatoriamente deve conter a assinatura do beneficiário titular nos termos acima, de acordo com cada situação.

Atenção: Caso a exclusão seja motivada por inadimplência, abandono de trabalho, bem como outra situação que não seja possível seguir o procedimento padrão, **a empresa contratante deve notificar o beneficiário que o mesmo será rescindido e encaminhar para a operadora a notificação e o comprovante de que o beneficiário recebeu a notificação de cancelamento, junto com formulário de exclusão**, e este deve procurar a operadora caso deseje contratar outro plano dando sequência nas carências já cumpridas.

3.2 Troca de produto via e-mail ou físico

Caso o beneficiário solicite a troca de produto é preciso se atentar aos produtos que a empresa contratou junto a operadora. Caso o produto solicitado tenha sido contratado, basta enviar via e-mail ou físico o formulário **FORM-016.SOLICITAÇÃO PJ TROCA DE PLANO** preenchido e assinado pelo titular.

Observação: Caso a solicitação seja realizada via portal, a empresa contratante deverá solicitar a exclusão no produto atual e a inclusão no novo produto e anexar o formulário de troca em ambas as solicitações (inclusão e exclusão).

O documento também poderá ser assinado de forma digital pelo titular através do link a seguir **FORM-015.SOLICITAÇÃO TROCA DE PLANO PPJ** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/7e8f7e22-eaa4-47c3-af19-2f3962440c7c, basta a empresa encaminhar o link ao beneficiário e após a assinatura, o mesmo deverá baixar o documento assinado e encaminhar para empresa conforme exemplos anteriores neste documento, a contratante nos encaminhará via portal. Caso não tenha acesso ao portal poderá encaminhar via e-mail ou físico.

Observação: Sempre que for realizado a troca para um produto de **segmentação assistencial superior**, serão aplicadas carências para todas as novas coberturas, **sendo necessário preenchimento da declaração de saúde + termo de CPT**, mantendo as que já foram cumpridas disponíveis para utilização.

Quando o produto for da **mesma segmentação**, porém em acomodação superior, **serão aplicadas carências de 180 dias para internação**, nesse caso não é necessário o preenchimento de nova declaração de saúde.

Dessa forma, será feito o cancelamento no produto atual e a inclusão no novo produto, consequentemente será gerado um novo número de carteirinha.

3.3 Solicitação de 2ª via de cartão (Preenchimento e assinatura manual)

A solicitação deverá ser realizada mediante preenchimento do formulário a seguir - **FORM-058.SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**. O beneficiário titular deverá preencher, assinar o formulário e a empresa contratante enviar ao setor de cadastro via e-mail ou entrega do documento físico.

3.4 Solicitação de 2ª via de cartão (Preenchimento e assinatura eletrônica)

A solicitação deverá ser realizada mediante preenchimento do formulário a seguir - **FORM-058.SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO -** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/6abac211-a7f9-4614-8a93-5ec7679148e7. O beneficiário titular deverá preencher, assinar o formulário, baixar o documento assinado e a contratante enviar ao setor de cadastro via e-mail ou físico.

Observação: A nova carteirinha ficará disponível para retirada em aproximadamente 15 dias em nossa loja comercial localizada na **Rua Santa Rita, 443, Centro, Juiz de Fora,** durante o horário de atendimento (de segunda a quinta de 08:00 às 18:00 horas e na sexta de 08:00 às 17:00 horas).

3.5 Prazo para envio das movimentações:

- As movimentações devem ser enviadas até o dia 20 de cada mês para serem processadas para o primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação. Se enviadas após o prazo, poderá haver a inclusão ou exclusão, porém, o lançamento referente a esta movimentação constará apenas no próximo faturamento e com cobrança

proporcional. Esta necessidade deve estar explícita na solicitação, seja via portal ou e-mail, do contrário a inclusão terá como data de vigência ou rescisão o estabelecido contratualmente.

Exemplo 1: Caso a solicitação de inclusão seja feita no dia 25/07, será processada para o primeiro dia do mês seguinte (01/08), mas a cobrança da mensalidade de agosto será processada juntamente com a mensalidade de setembro.

Exemplo2: Caso a solicitação de exclusão seja feita no dia 25/07, será processada para o último dia do mês em que foi feito a solicitação, mas como a cobrança da mensalidade de agosto já pode ter sido gerada, o beneficiário pode ainda constar na fatura de agosto que deverá ser paga pela contratante e consequentemente receberá o desconto na fatura seguinte sobre esse beneficiário.

4 Portal da Contratante

No portal é possível realizar, inclusões, exclusões, atualizar dados pessoais dos beneficiários, consultar solicitações e carências, extrair boleto e relatório financeiro.

4.1 Portal – Link para acesso ao portal

http://prestador.sabinsinai.com.br/PlanodeSaude/

4.2 Portal – Acesso ao Portal

- **Tipo de usuário:** Estipulante/Contratante;
- **Login e senha:** Informar Login e Senha fornecidos pela Operadora;

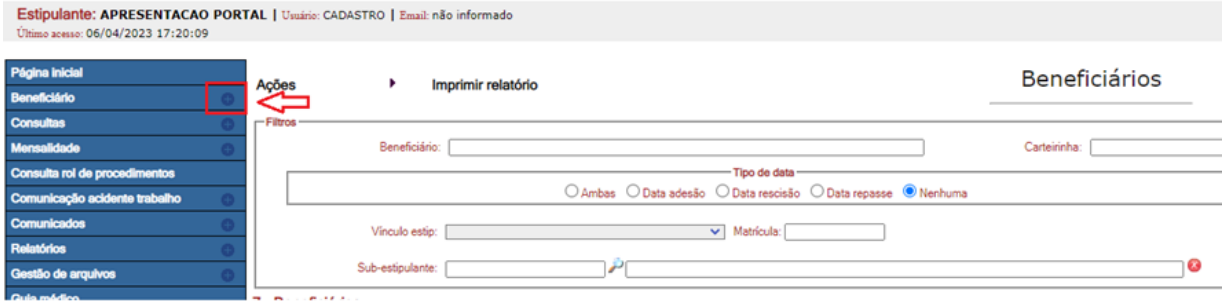
Observação: Caso a empresa não possua acesso, a PJ contratante deverá solicitar o login através do e-mail cadastro@sabinsinai.com.br , e informar CPF e nome completo de usuário que será responsável pelo acesso do portal.

4.3 Portal – Apresentação – Página Inicial

Na página inicial contém informações sobre o contrato e produtos disponíveis, ou seja, os produtos que foram contratados.

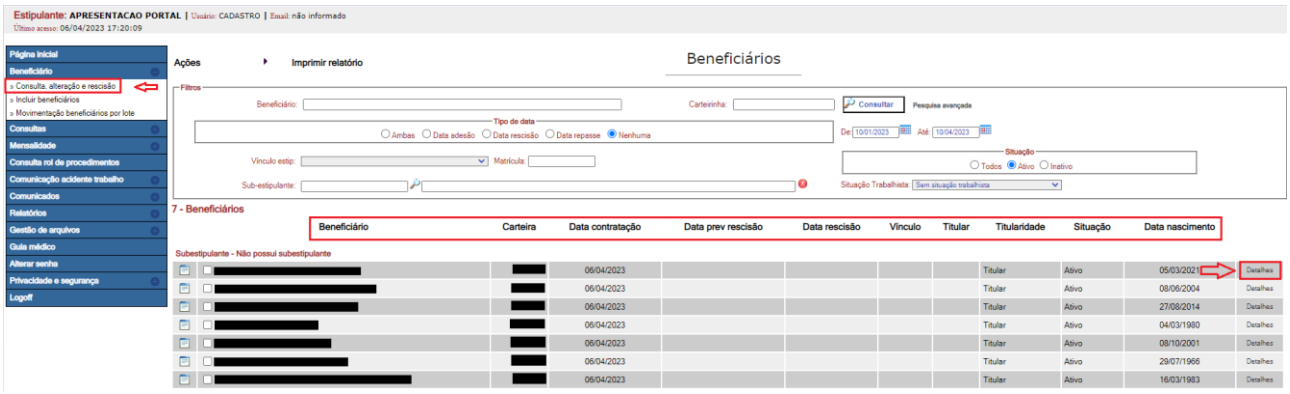
4.4 Portal – Beneficiário – Consulta, Alteração cadastral e Rescisão

Para solicitar alteração cadastral ou exclusão, clique no sinal de (**+**) na opção **"Beneficiário"** destacado abaixo para visualizar as opções disponíveis:



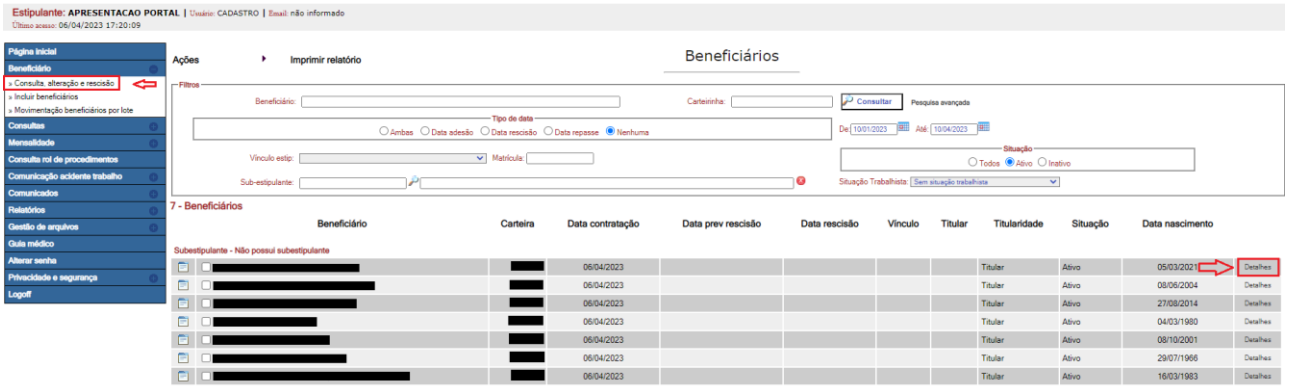
4.5 Portal – Consultar informações

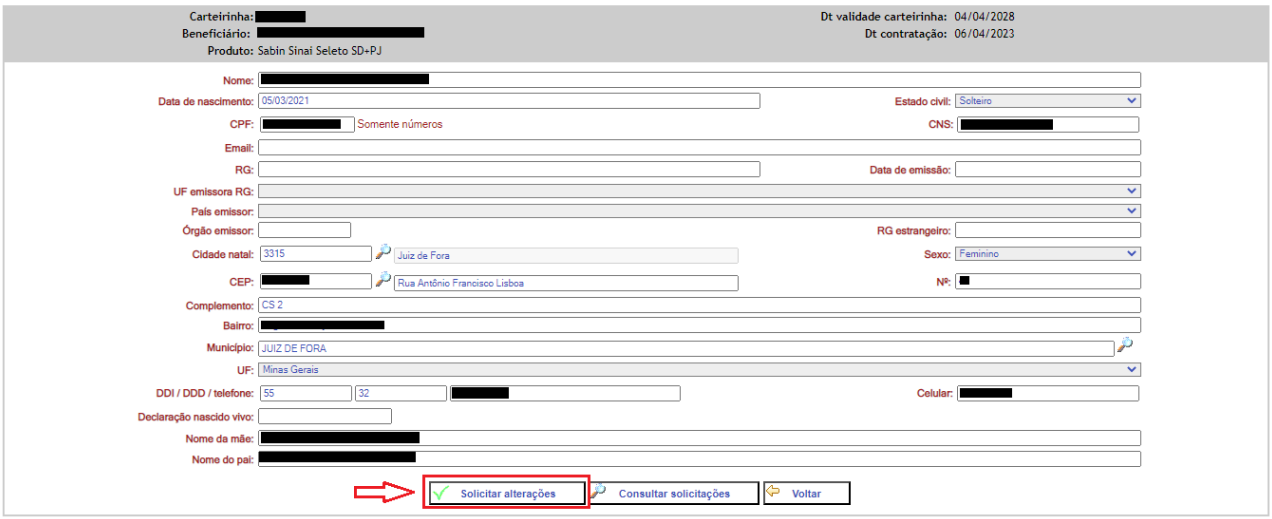
É possível consultar Nome, Número de carteirinha, Data de contratação (início de vigência), Data de rescisão, Titularidade, situação (ativo ou inativo), Data de nascimento.



4.6 Portal – Alteração cadastral

Na opção **"Detalhe"** destacada, é possível fazer solicitação de atualização de dados pessoais dos beneficiários, para isso basta localizar o beneficiário que deseja atualizar os dados pessoais, clicar em **detalhes**, faça a atualização necessária e clique em **solicitar alteração**.



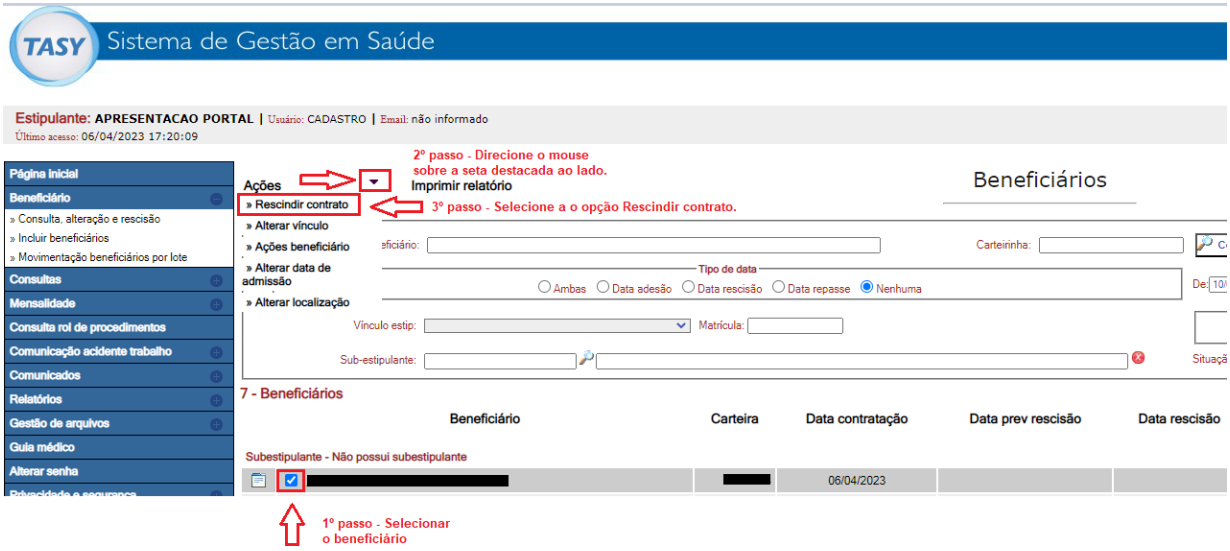


Após a solicitação, as informações alteradas serão automaticamente enviadas para o setor de cadastro, que fará a análise e aprovação ou rejeição da mesma.

As atualizações também podem ser solicitadas através do link a seguir **FORM-020.ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/52133bdc-c9e3-4cc9-b5b8-d783732ffbad basta encaminhar o link ao beneficiário que necessita realizar a atualização, ele deverá preencher e assinar o formulário, não é necessário enviar o documento ao setor de cadastro.

4.7 Portal – Rescisão

Para solicitar a rescisão (Exclusão) de algum beneficiário, localize o beneficiário, clique no checkbox para marcar e após selecionar o beneficiário é possível visualizar as opções de ação. Passe o cursor do mouse na opção **Ações**. Selecione a opção **"Rescindir contrato"** (essa opção irá rescindir apenas o beneficiário selecionado e seus dependentes caso possua).



Para concluir o processo é necessário preencher os campos abaixo:

✓ **Data solicitação:** O preenchimento é automático.

✓ **Causa da rescisão:** Obrigatório.

✓ **Data da rescisão:** Obrigatório, a data deverá estar conforme os prazos negociados em contrato.

✓ **Observação:** Opcional, utilizar sempre que houver informações relevantes, **exemplo: troca de plano, solicitação de cancelamento o mais breve possível, etc**.

✓ **Forma de contato:** Informar o e-mail do beneficiário.

✓ **Telefone:** Obrigatório, em hipótese alguma deve ser utilizado contato da empresa, número genérico ou corporativo, **o telefone informado deve ser do beneficiário**, pois é através desse contato que a operadora fará contato para cumprir com as obrigações da ANS.

✓ **E-mail:** Obrigatório, em hipótese alguma deve ser utilizado contato da empresa, **o e-mail informado deve ser do beneficiário**, pois é através desse contato que a operadora fará contato para cumprir com as obrigações da ANS.

4.8 Anexos Obrigatórios:

✓ Obrigatório anexar **FORM-079. (MANUAL)** ou **FORM-079.1 (ELETRÔNICO) – FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO EMPRESARIAL**. As orientações para correto preenchimento dos formulários, seja por meio físico ou digital, devem ser verificadas no item **3.1 Documentos para exclusão deste manual.**

✓ Junto com o formulário **FORM-079 ou FORM-079.1**, é obrigatório encaminhar também o formulário **FORM-080.TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE INATIVOS (RN 488)** (se optou pelo plano de inativos, possui direito ao plano de inativos apenas os casos onde o titular contribuiu com a mensalidade do plano e o motivo da exclusão seja "**Desligamento da empresa sem justa causa"** ou "**Aposentado"**) ou o formulário **FORM-081.TERMO DE CIÊNCIA DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE** (se não optou pelo plano de inativos). As orientações para correto preenchimento dos formulários, seja por meio físico ou digital, devem ser verificadas no item **3.1 Documentos para exclusão** deste manual.

✓ **Tipo:** selecionar o tipo de documento que está sendo anexado na solicitação.

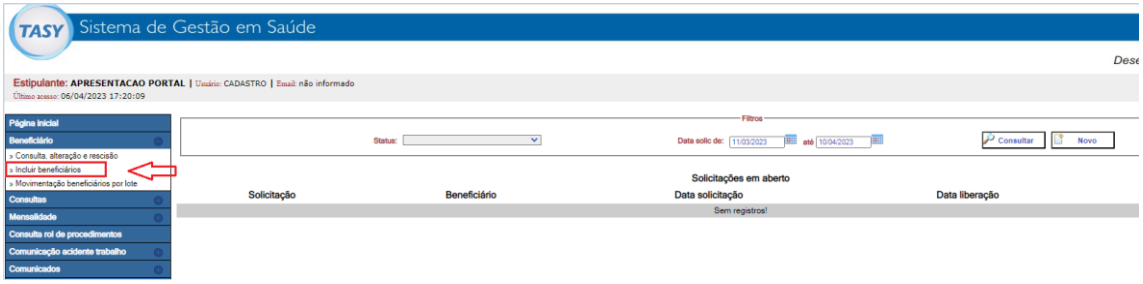
Observação: Caso não tenha os valores da tabela de inativos atualizados, o mesmo deve **solicitar ao setor de relacionamento**.

Após o preenchimento de todas as informações clique em **Salvar**. A solicitação será enviada automaticamente ao setor de cadastro para aprovação, onde será analisado, aprovado ou rejeitado caso possua alguma inconsistência.

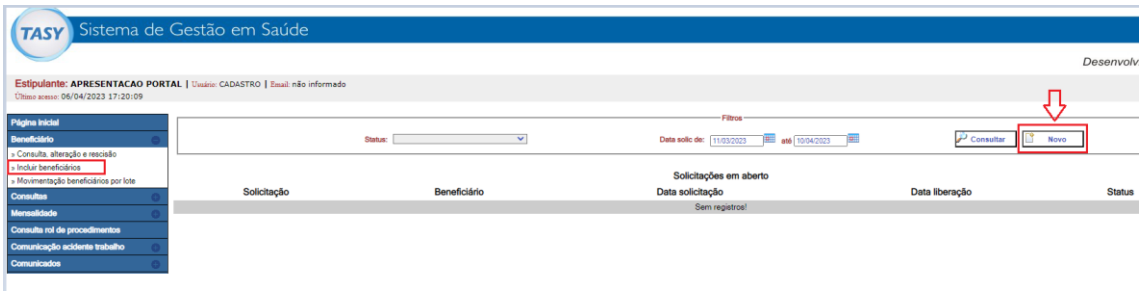
Caso a solicitação seja recusada é necessário fazer uma nova solicitação seguindo os passos acima.

4.9 Portal – Incluir beneficiários

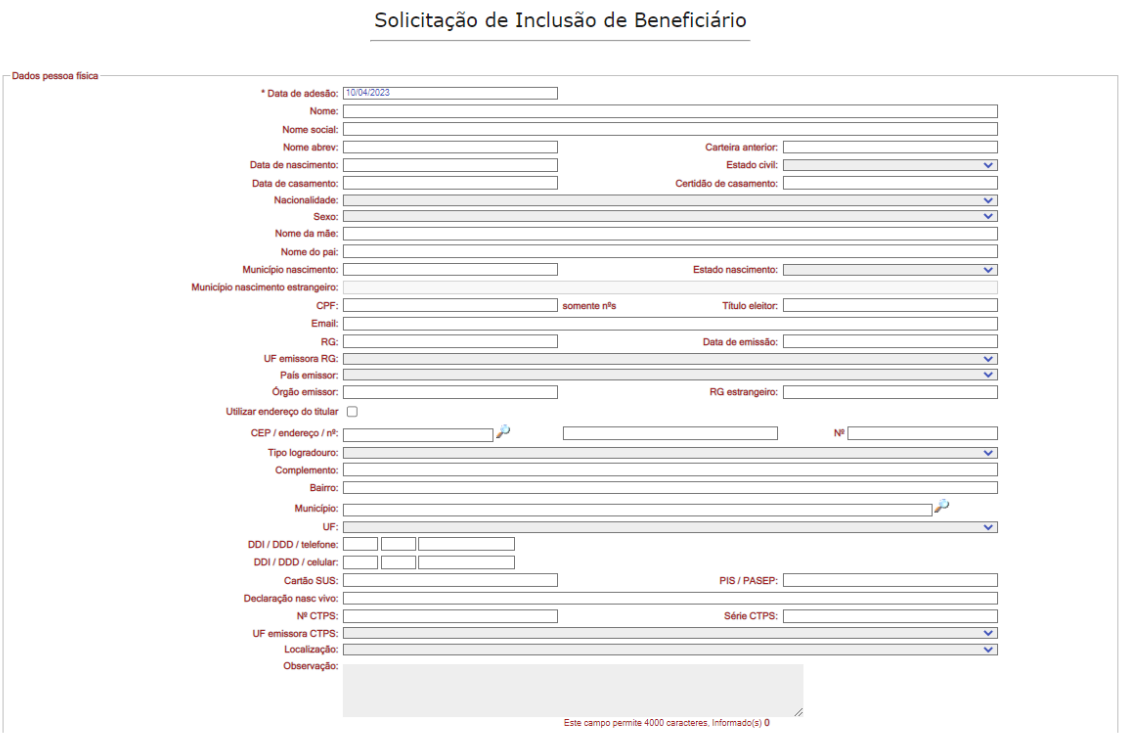
Para incluir um beneficiário no plano, clique na opção **"Incluir beneficiários"**. Nessa tela aparecerá todas as solicitações que forem feitas via portal, bem como sua situação.



Em seguida clique em **Novo**, o portal abrirá uma nova tela com os campos a serem preenchidos, nessa parte é possível anexar os documentos necessários.



Na primeira parte são informações pessoais do beneficiário.



Observações:

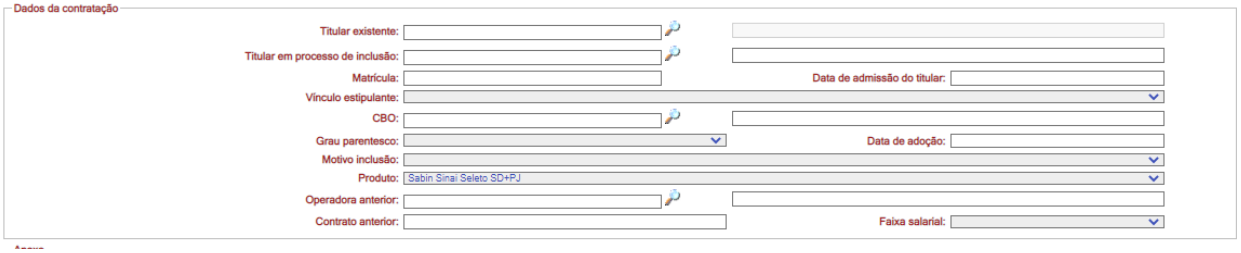
✓ Nome do beneficiário, pai ou mãe, **não podem ser abreviados**.

✓ CPF, CEP não podem conter caracteres especiais (traço ou ponto).

✓ O campo localização é relacionado ao centro de custo, caso a empresa necessite que o cadastro tenha essa informação deverá entrar em contato com a operadora para fazer a solicitação.

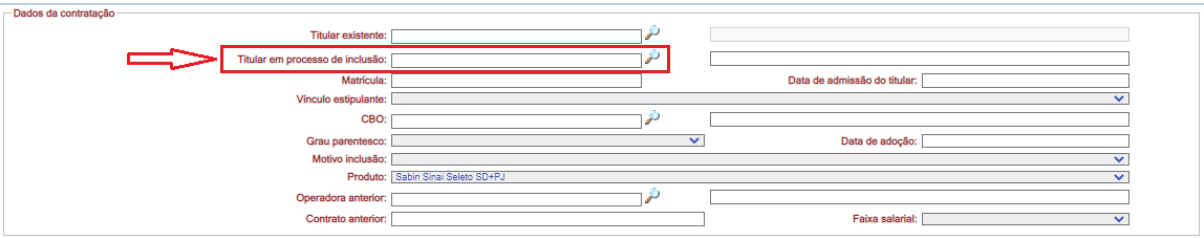
✓ O campo **observação** deve ser utilizado sempre que houver algo específico, como **por exemplo uma troca de produto**.

Na segunda parte são informações referentes à contratação, produto contratado, data de admissão (quando a inclusão for titular), grau de parentesco, etc.

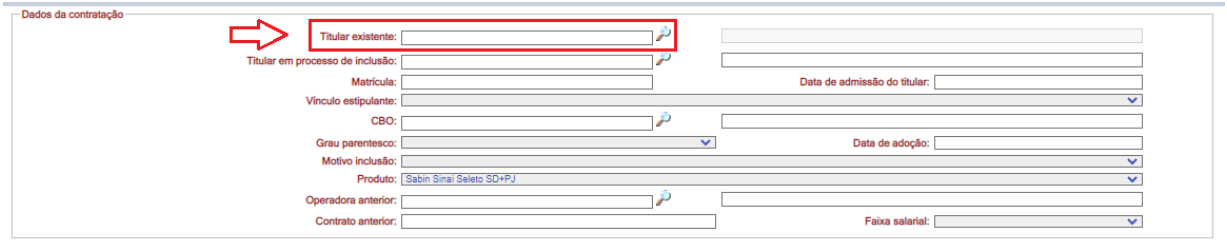


Observação: Para os casos de inclusão de dependente é preciso ficar atento na seguinte situação:

✓ Se o titular do dependente a ser incluso estiver em processo de cadastro é necessário pesquisar o titular no campo **"Titular em processo de inclusão"**:



✓ Caso o titular já esteja ativo no plano, pesquisar através do campo **"Titular existente"**:



✓ **Matrícula:** é uma informação opcional, caso a empresa necessite dessa informação basta inserir o número de matrícula do funcionário.

Na terceira parte temos o campo para adicionar o anexo, sempre se atentar aos documentos obrigatórios conforme abaixo:

✓ **Comprovante de vínculo com a empresa <u>atualizado</u>:** GFIP, E-social. (Apenas para os casos de recém admitidos é permitido o envio de CTPS assinada ou CTPS digital).

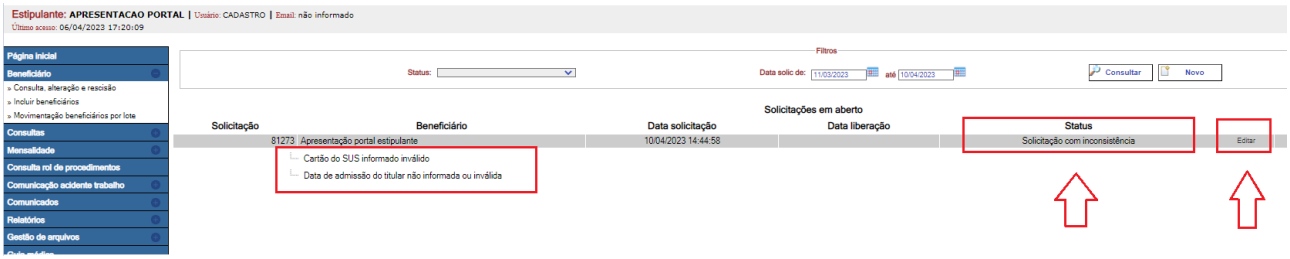
✓ **Comprovante de vínculo com titular:** Obrigatório anexar **certidão de nascimento ou RG** no caso de filhos, e **Certidão de casamento** no caso de cônjuge conforme **alínea c do item 1.2** deste manual:

✓ **Declaração de saúde e Termo de CPT:** Obrigatório sempre que o beneficiário entrar com cumprimento de carências.

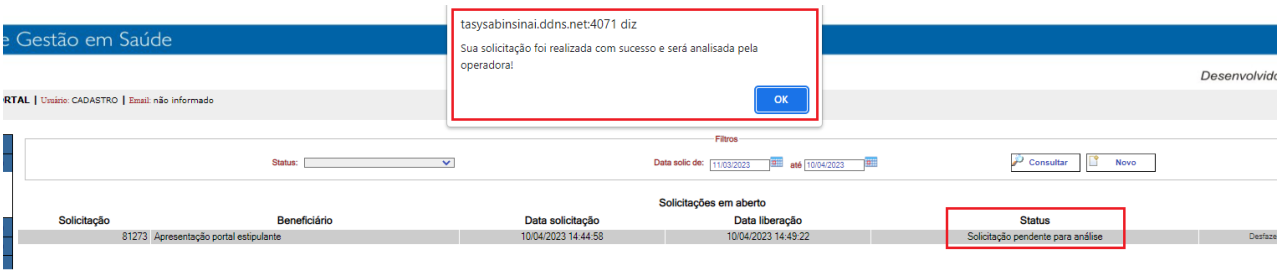
Observação: As orientações sobre carências e correto preenchimento da declaração de saúde estão estabelecidas no item **1.3 Carências e Preenchimento de Declaração de Saúde**.

Após o preenchimento de todas as informações e anexar os documentos necessários, clique em **"Confirma".**

Caso tenha alguma inconsistência nas informações cadastradas o portal mostrará as inconsistências encontradas, para corrigir a inconsistência, clique em **"Editar"** conforme imagem abaixo:



Feito as devidas correções e confirmando a alteração, o sistema retorna a tela anterior com a mensagem abaixo:



Feito esse processo, automaticamente, a solicitação será encaminhada para análise da área responsável.

Observação: Sempre que for realizado uma solicitação é necessário acompanhar o portal para verificar se o processo foi aceito ou recusado devido à falta de alguma informação.

4.10 Portal – Troca de plano

Caso o beneficiário solicite a troca de produto, é preciso se atentar aos produtos que a empresa contratou junto a operadora.

Para solicitar a troca de produtos, deve efetuar a solicitação de rescisão conforme item **4.7 Portal – Rescisão** e realizar inclusão conforme item **4.9 Portal – Incluir beneficiários** listadas neste manual de orientações.

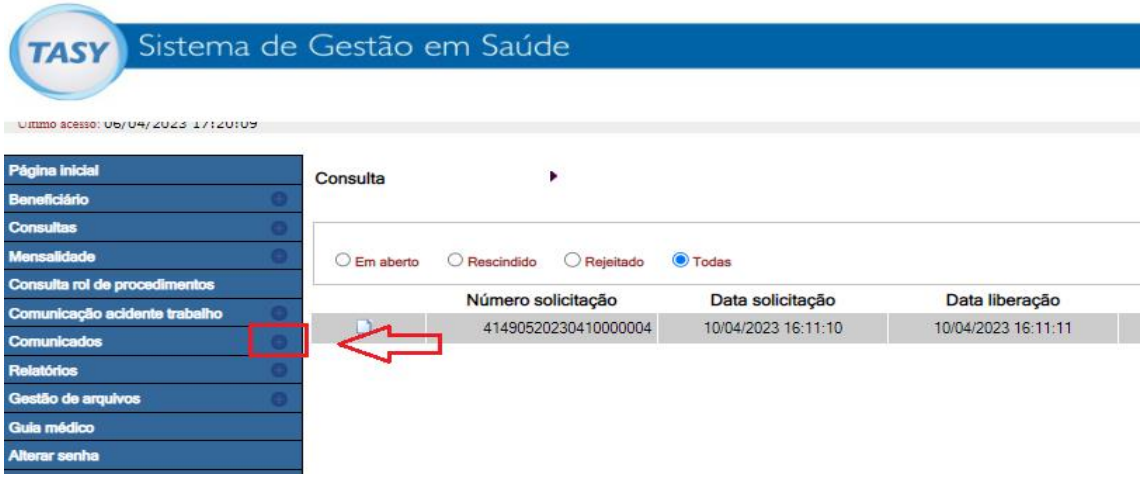
Nota[1]: Não utilizar a opção alteração de produto, deve realizar a exclusão e a inclusão simultânea do beneficiário.

Nota[2]: Substituir os formulários de exclusão 079 e 081 pelo formulário de alteração de produto FORM-015 https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/7e8f7e22-eaa4-47c3-af19-2f3962440c7c.

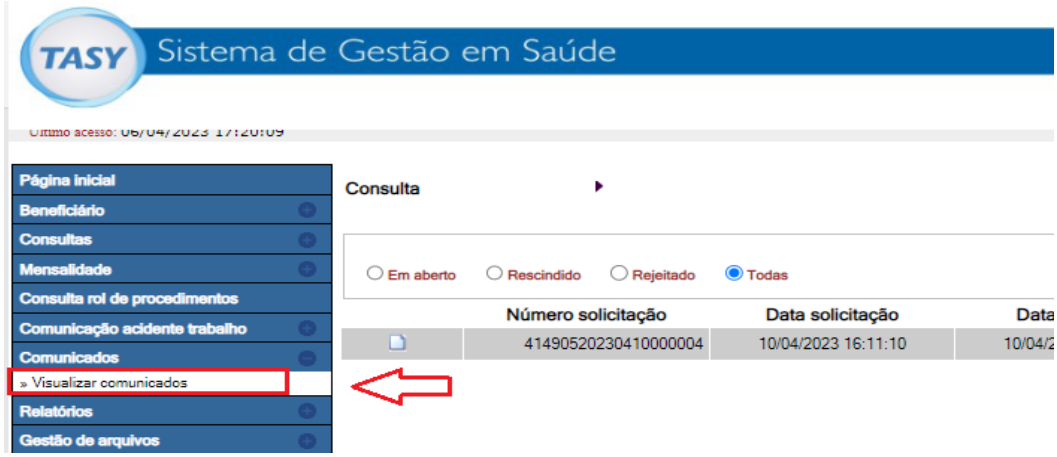
Nota[3]: Substituir o formulário de inclusão pelo formulário de alteração de produto FORM-015 https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/7e8f7e22-eaa4-47c3-af19-2f3962440c7c.

4.11 Portal – Visualizar motivo de rejeição

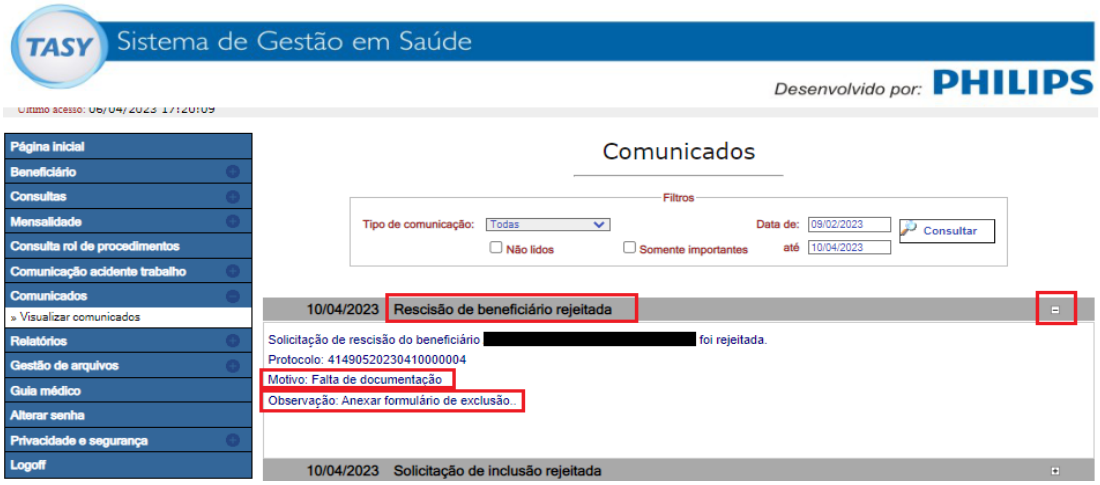
O motivo da rejeição pode ser visto através da função **Comunicados**. Clique em (**+**) para abrir a opção.



Clique na opção abaixo:

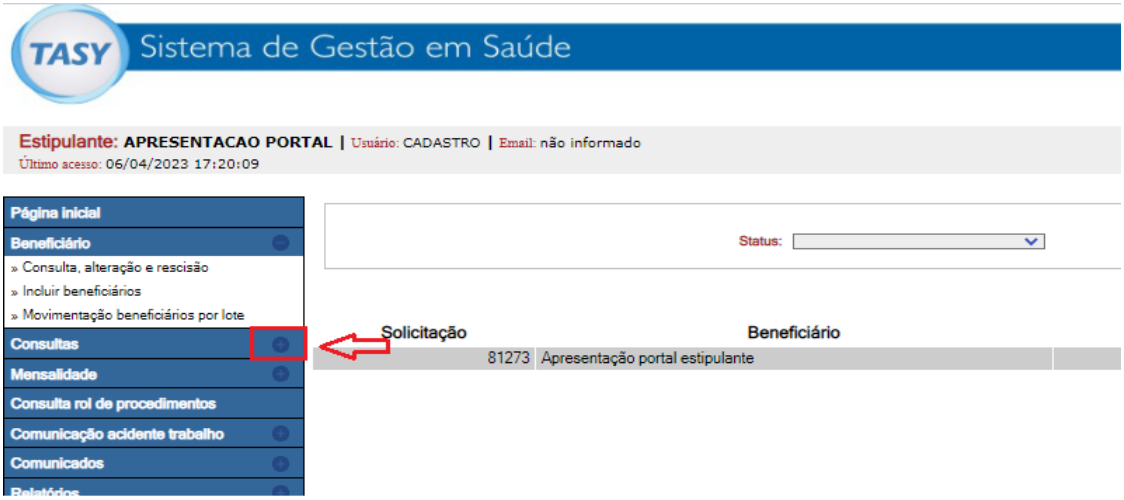


Abaixo temos as solicitações que foram recusadas, para visualizar o motivo clique no sinal (**+**).

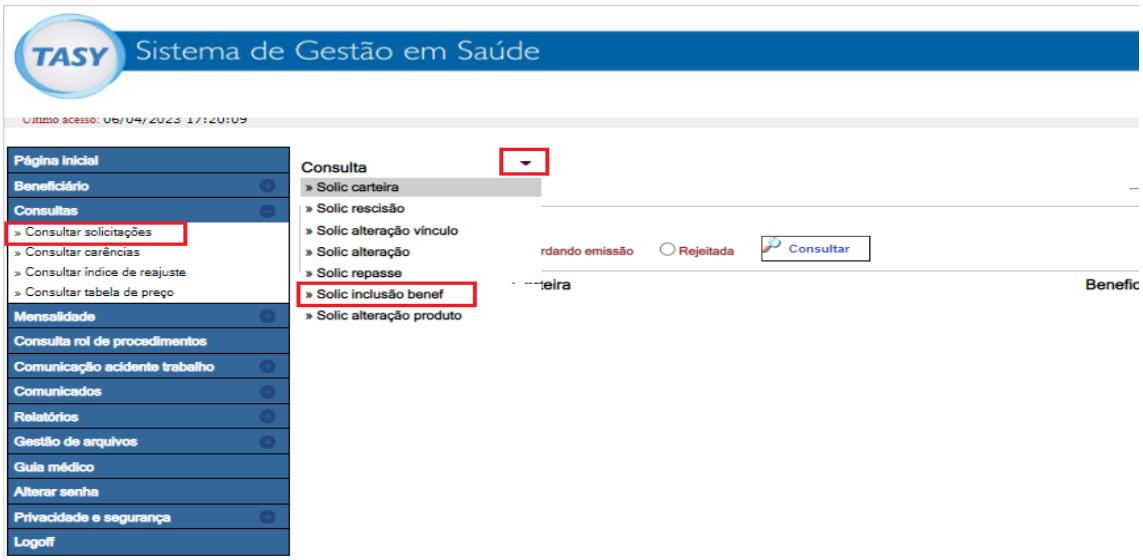


4.12 Portal – Consultas

Na função de consultas é possível acompanhar as solicitações feitas através do portal. Clique em (**+**) para abrir as opções:



Passe o mouse sobre a **seta** destacada na imagem abaixo para abrir as opções e **selecione** a opção de acordo com a solicitação enviada:



4.13 Portal – Reenviar solicitação rejeitada

EXCLUSÃO

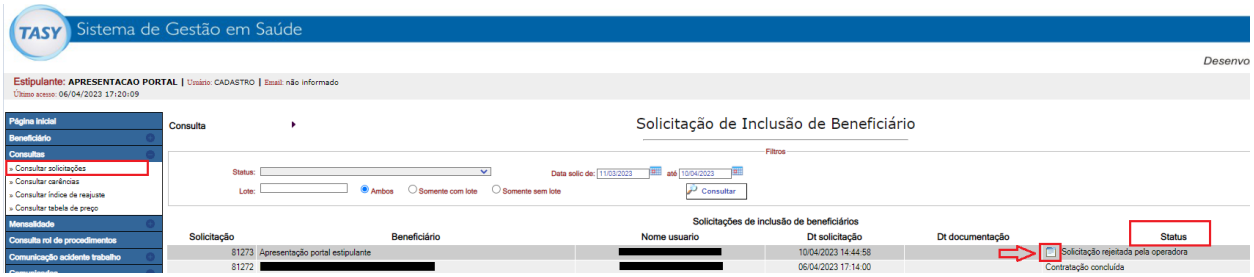
Para os casos de solicitações de exclusão que foram rejeitados será necessário realizar uma nova solicitação, para isso siga os passos conforme item **4.7 Portal Rescisão** deste documento.

INCLUSÃO

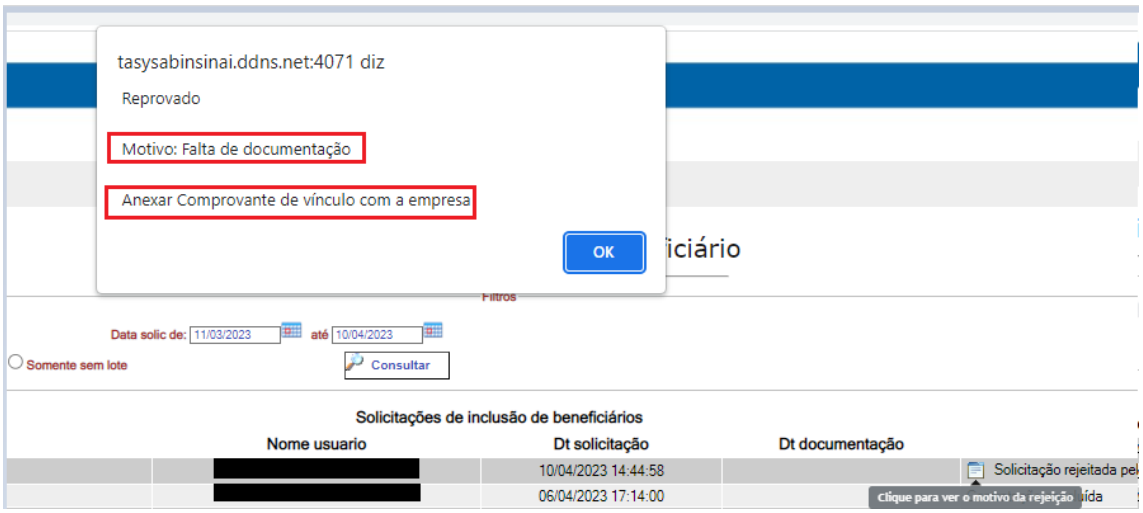
Para as inclusões rejeitadas, não é necessário realizar um novo cadastro, basta seguir os passos abaixo, sendo necessário apenas complementar com as informações solicitadas no motivo da rejeição.

Clique em "**Consultar solicitações**"

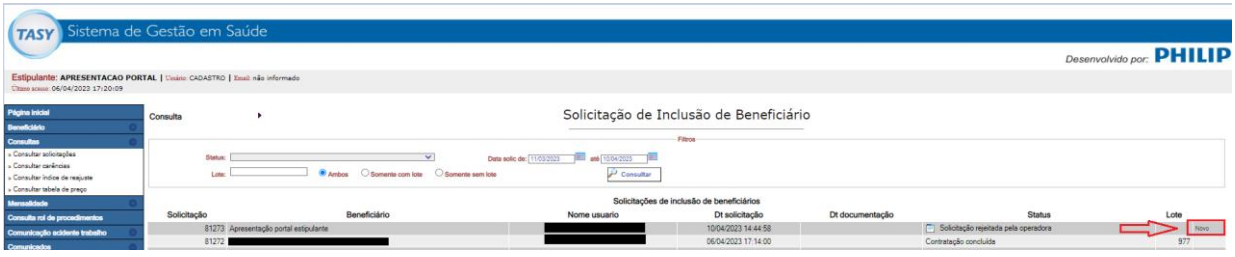
No exemplo abaixo temos a situação referente a inclusões, onde uma foi concluída e uma foi rejeitada pela operadora, clique no ícone destacado na imagem abaixo para ver o motivo:



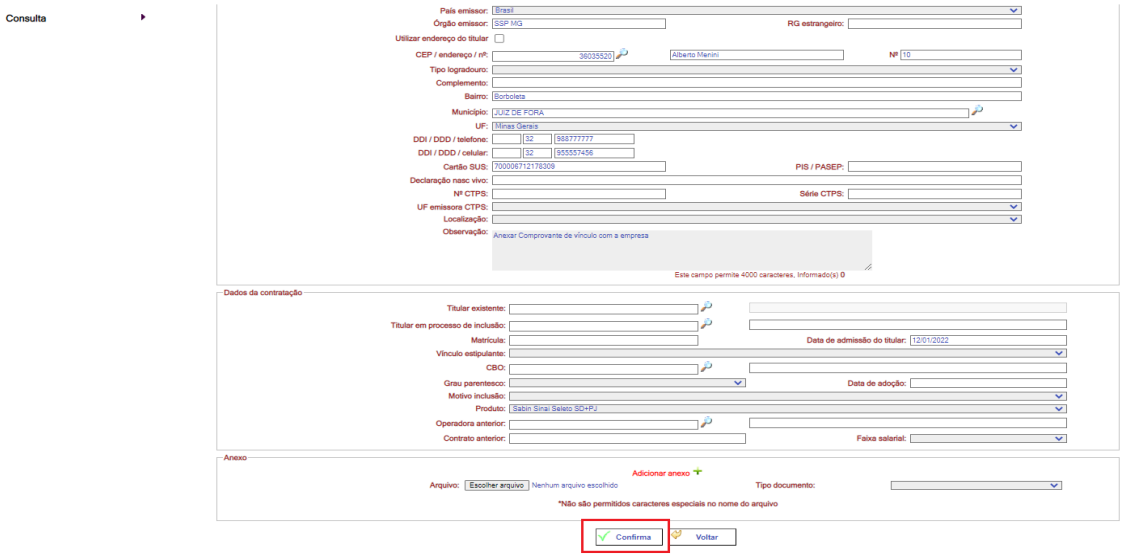
Ao clicar será exibido um aviso na tela com o motivo pelo qual foi recusado, **leia atentamente** o motivo e responda com as informações pendentes:



Para responder a pendência sem precisar fazer uma nova solicitação, clique em **"Novo"** no canto direito da tela, assim o portal irá direcionar para a página onde foi realizado o cadastro com todas as informações já preenchidas, sendo necessário apenas corrigir a informação solicitada ou anexar o documento que está sendo solicitado.



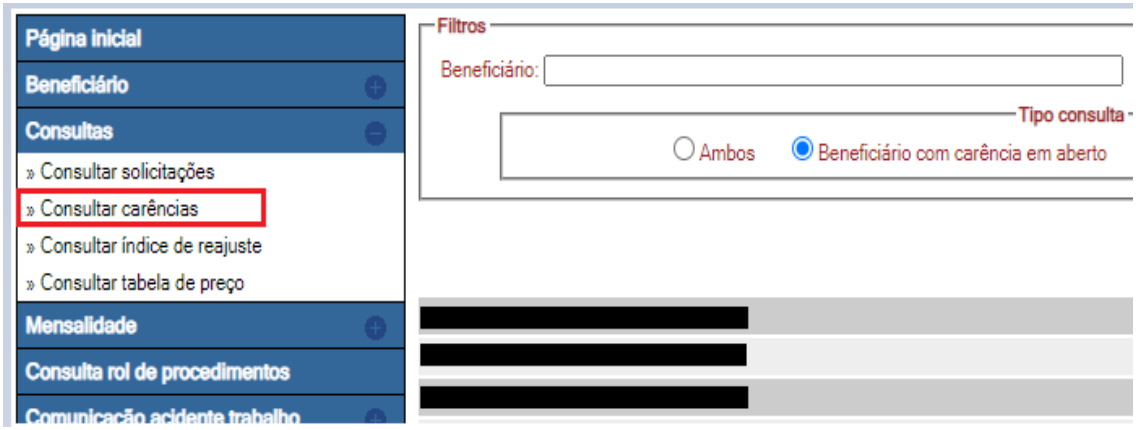
Complemente com a informação solicitada pela operadora e clique em **"Confirma"**. Após esse processo a solicitação será enviada novamente para análise.



Atenção: Para os casos de inclusão de titular e dependente que foram recusados, é necessário seguir os passos do item **4.12 Portal - Reenviar solicitação rejeitada - INCLUSÃO** para **ambos os casos** (titular e dependente), **caso o processo seja feito apenas para o titular, o dependente não será incluído no plano.**

4.14 Portal – Consultar carência dos beneficiários

Nessa opção é possível verificar as carências já cumpridas e a cumprir pelo beneficiário. Para realizar a consulta, clique em **Consultar carências**:

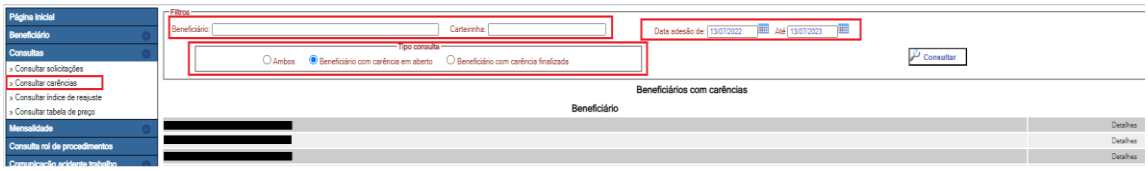


Ao lado direito da tela aparecerá o nome dos beneficiários. É preciso se atentar ao filtro **data de adesão** que vem preenchido, caso a adesão seja anterior ou posterior a data informada o beneficiário não aparecerá na pesquisa.

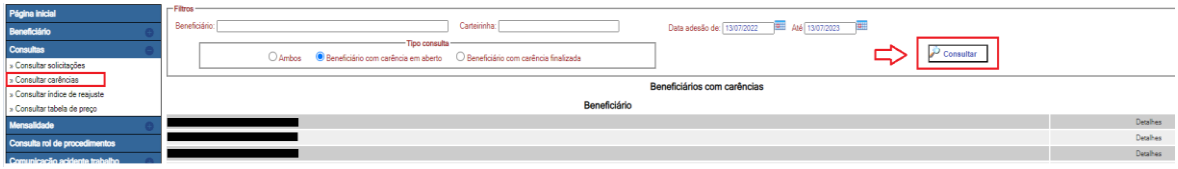
Na opção de filtros é possível pesquisar por:

- Beneficiário – Informar o nome do beneficiário;
- Carteirinha – Informar o número de carteirinha do beneficiário;
- Data de adesão – Informar o período que deseja pesquisar;

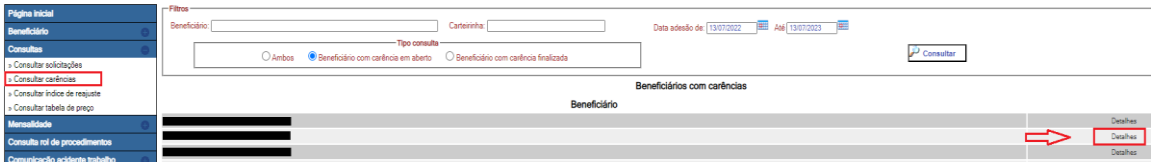
- Tipo de consulta – disponível as opções de beneficiário com carência em aberto, carência finalizada ou ambos;



Após preencher a informação do filtro que deseja utilizar, clique em **consultar**:

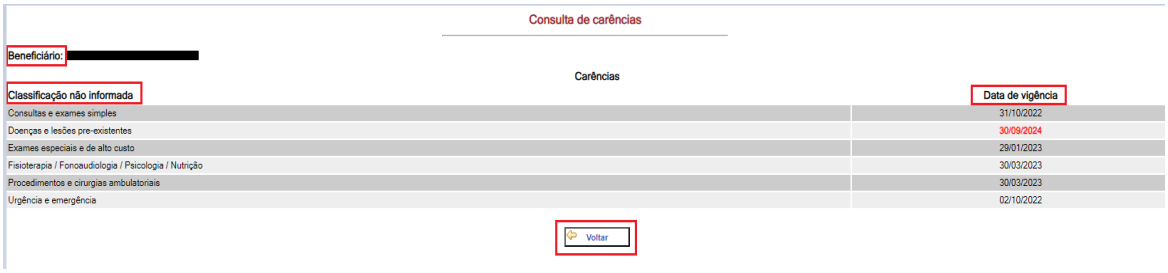


Ao localizar o nome do beneficiário que deseja consultar as carências, clique em detalhes:



Na tela a seguir será apresentado o nome do beneficiário, as carências de acordo com o produto contratado e a data de vigência (Data em que termina o período de carências).

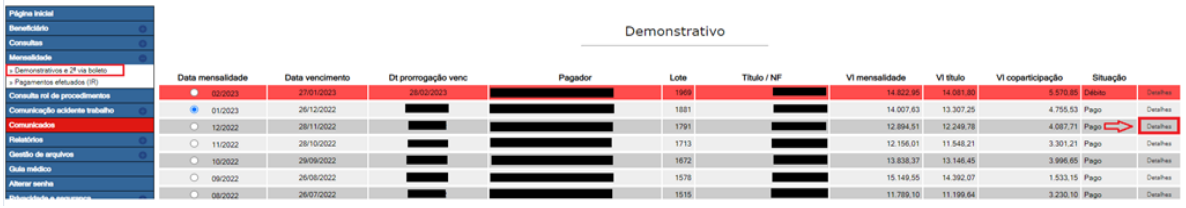
Observação: As carências que ainda não foram cumpridas estará destacado em vermelho.

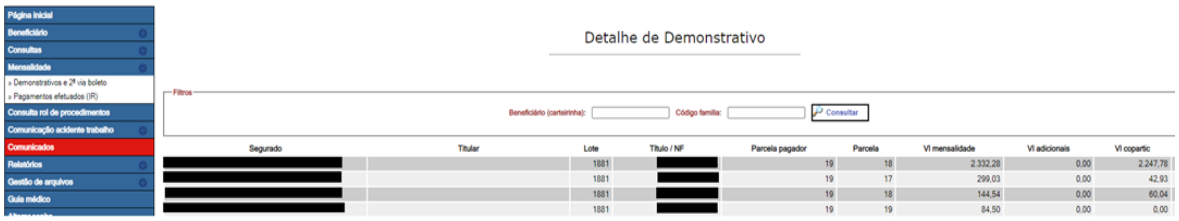


Para consultar um novo beneficiário clique em **voltar** e repita o processo anterior.

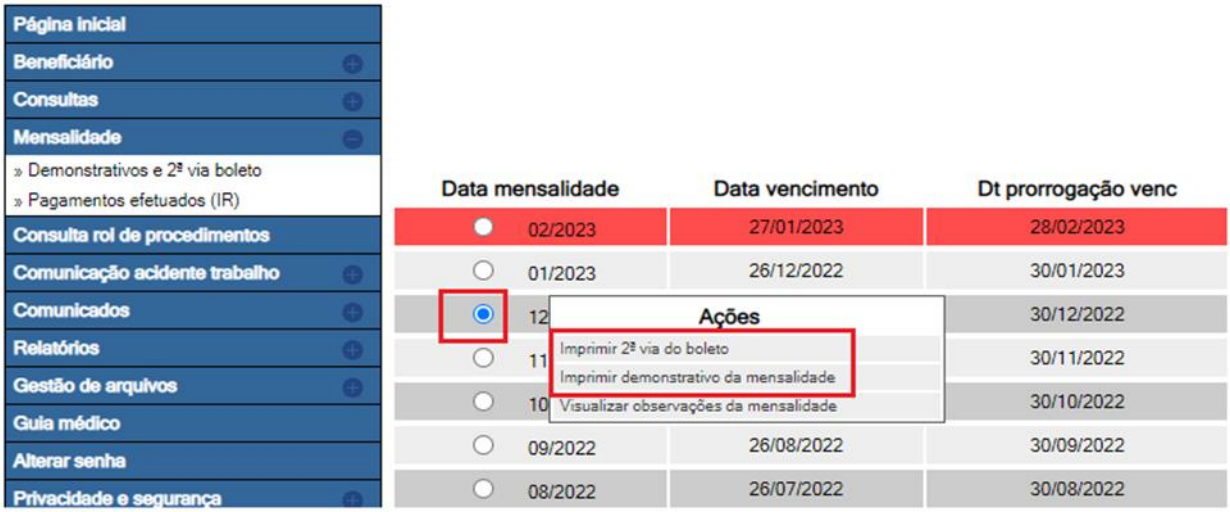
4.15 Portal – Mensalidade:

Consultas:
Nessa função é possível visualizar informações sobre mensalidades. Para visualizar as informações detalhadas clique em detalhes no lado direto da tela (função apenas para consulta).



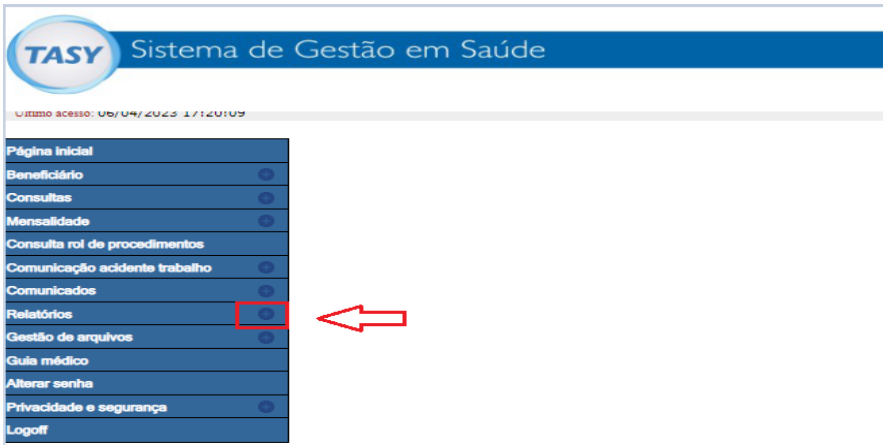


Caso queira imprimir segunda via do boleto ou extrair o demonstrativo da mensalidade em **Excel**, clique sobre a mensalidade e selecione a opção desejada.



4.16 Portal – Relatório estipulante

Caso a empresa necessite da relação de todos os beneficiários que se encontram ativos no plano ou nota fiscal, clique em (**+**) na função **"Relatórios".**



Em seguida clique na opção **"Relatórios estipulante"** e selecione o relatório desejado:
Para extrair a relação de beneficiários do sistema, selecione a opção: **OPSW – Dados dos Beneficiários Ativos-Inativos,** em seguida clique em **gerar relatório.**

Para extrair a nota fiscal, selecione a opção: **Nota Fiscal de Serviço – Juiz de Fora (Vita Saúde) – Web e informe o ano e mês que deseja extrair,** em seguida clique em **gerar relatório.**

5 Formulários Eletrônicos – Links disponíveis para movimentações

- **FORM-001 Inclusão de Titular - Coletivo Empresarial** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/636b8ba8-8be8-450a-b08f-d08931c2edf0
- **FORM-002 Inclusão de dependente - Coletivo Empresarial** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/1afd9494-736d-4c0d-9a8d-002b1da2a497
- **FORM-079.FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS COLETIVO** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/6d8617e6-c6fc-46f0-b6fb-10c1a29f96b4
- **FORM-081.TERMO DE CIÊNCIA DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/b4ccfed8-655c-44b2-826f-66d33f2247ff
- **FORM-005 Declaração de Saúde + CPT** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/382ce927-73b3-4df8-9888-257b236ecb79
- **FORM-015.SOLICITAÇÃO TROCA DE PLANO PPJ** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/7e8f7e22-eaa4-47c3-af19-2f3962440c7c

- **FORM-020.Atualização de dados cadastrais** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/52133bdc-c9e3-4cc9-b5b8-d783732ffbad

- **FORM-058.Solicitação de 2ª via do cartão de identificação** https://app.zapsign.com.br/verificar/doc/6abac211-a7f9-4614-8a93-5ec7679148e7

6 Perguntas e respostas

1. Quem pode aderir ao plano como titular?

   R: Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE; sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

2. Quem pode aderir ao plano como dependente?

   R: Na Qualidade de Beneficiários Dependentes: pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:
   a) O cônjuge;

   b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

   c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 18 (dezoito) anos;

   d) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, sem rendimentos próprios, que estejam cursando o ensino médio ou em preparatório para concurso vestibular ou ainda em curso superior em escola reconhecida pelo MEC;

   e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, inválidos, sem rendimentos próprios ou aposentadoria, de qualquer idade.

3. O titular pode incluir pai, mãe, irmão, tio, etc.?

   R: Não, podem aderir ao plano como dependentes apenas dependentes legais, conforme pergunta 2 ou item 2.1.2 da CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO do contrato.

4. Quem tem direito a permanecer no plano de inativos / extensão?

   R: O beneficiário (ex-funcionário) que contribuiu para o pagamento da mensalidade do plano, é assegurado o direito à permanência no plano, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, bem como das coparticipações nas utilizações, e tenha sido demitido ou exonerado **sem justa causa**, ou aposentado.

5. O ex-funcionário arcava somente com a coparticipação do plano, ele tem direito ao plano de inativos?

   R: Não, nos termos dos art. 30 e 31 da lei 9656/98 e RN488, somente possui direito aqueles que contribuíam com a mensalidade, não sendo considerado o pagamento somente das coparticipações.

6. O titular que estava gozando do plano de inativos faleceu, os dependentes podem permanecer no plano?

   R: Sim, é garantido aos dependentes a permanência no plano, nas mesmas condições, até o fim do período remanescente.

7. O titular do plano faleceu antes de aderir ao plano de inativos, os dependentes podem permanecer no plano?

   R: Não, é garantido a permanência aos dependentes sobre o período remanescente somente para os casos que o titular já estava no plano de inativos no momento do falecimento. Na hipótese do vinculo do titular estar ativo no momento do óbito, a exclusão do titular implica automaticamente na rescisão dos dependentes conforme disposições da ANS.

8. Quanto tempo o ex-funcionário pode permanecer no plano de inativos / extensão?

   R: O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, com um **mínimo** assegurado de **6 (seis) meses** e um máximo de **24 (vinte e quatro) meses para os casos de demissão**.

   Para os aposentados, se o tempo de contribuição junto à empresa for menor que 10 anos, o prazo de permanência será equivalente ao período de contribuição; se maior que 10 anos o tempo será indeterminado, até que ocorra o cancelamento do contrato coletivo.

9. O funcionário pode solicitar inclusão diretamente na operadora?

   R: Não, a empresa contratante deverá enviar ao Vita Saúde, por meio de formulários e documentos fornecidos pela operadora, até o dia indicado nas condições específicas do contrato. As inclusões devem estar conforme descritas nesse manual de orientações. As solicitações de inclusão devem estar de acordo com as normas estabelecidas neste manual.

10. O funcionário pode solicitar a exclusão diretamente na operadora?

    R: Não, todas as movimentações devem ser realizadas pela empresa contratante. O funcionário somente poderá solicitar o cancelamento diretamente a operadora, caso **comprove** que já solicitou a contratante há mais de 30 dias e a mesma não encaminhou a solicitação para operadora.

11. O formulário de inclusão pode estar sem assinatura do titular?

    R: Não, a assinatura do titular é obrigatória para concluir o processo de inclusão do mesmo no plano.

12. O formulário de exclusão e termo de ciência pode estar sem assinatura?
    R: Não, o formulário de exclusão (FORM-079 ou FORM-079.1) precisa estar assinado pela empresa, e os termos de ciência (FORM-081) e de adesão (FORM-080) precisam estar assinados pelo titular do plano, esses documentos tem como finalidade informar

sobre os direitos que o beneficiário possui q e a ciência do cancelamento do plano. Além de seguir as exigências da ANS para comprovação das movimentações.

13. O funcionário foi desligado da empresa e não assinou o termo necessário, o que a empresa precisa fazer para solicitar o cancelamento?

R: O cancelamento só poderá ser processado mediante o formulário de exclusão (FORM-079 ou FORM-079.1) assinado pela empresa e o termo de ciência (FOMR-081) ou de adesão ao plano de inativos (FORM-080) devidamente assinados pelo titular, caso o mesmo se recuse a ir até a empresa para assinar a documentação, a empresa pode utilizar o FORM-080 ELETRÔNICO, caso o ex- funcionário se recuse, deverá notificar o ex-funcionário sobre o cancelamento por outros meios, preencher o formulário de exclusão, datar e assinar, e **enviar para operadora o formulário de exclusão e a notificação com comprovante de recebimento** que foi enviado ao ex-funcionário. Podem ser utilizados como notificação AR, Telegrama, e-mail com confirmação de leitura e recebimento, notificação via WhatsApp com confirmação de leitura e recebimento.

O objetivo e garantir que este beneficiário saiba que as coberturas estarão sendo cessadas e dos possíveis direitos a contratar novo plano sem cumprimento de novos períodos de carências, conforme estabelecido pela ANS.

Por isso, é de suma importância não esquecer de coletar a assinatura nos formulários no momento da demissão e manter os dados atualizados deste ex-funcionário junto a operadora.

Exemplo de notificação onde o ex-funcionário possui direito ao plano de inativos:

Informamos que você **{{nome do beneficiário a ser notificado}},** devido ao seu cancelamento em plano coletivo empresarial, possui o direito de manter sua condição de beneficiário de plano saúde Vita Saúde nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, assumindo o pagamento integral da mensalidade do plano de saúde (não haverá mais participação da empresa no pagamento das mensalidades) e eventuais coparticipações. Entretanto, como não fez a opção pela manutenção do plano de saúde, comunico que dispõe de 30 dias, contados de hoje, para manifestar por escrito, o interesse em exercer o direito de permanência, dando continuidade nas carências já cumpridas. Caso não haja sua manifestação no prazo acima, será entendido que não há interesse em continuar com o plano de saúde. O valor da mensalidade não será o mesmo pago atualmente, caso tenha interesse, gentileza verificar o valor correspondente para sua faixa etária.

Em tempo, informamos também da possibilidade de contratar plano individual familiar de mesma segmentação, dando continuidade nas carências já cumpridas, desde que, formalize a contratação em até 30 dias. Ou ainda, exercer a portabilidade de carências conforme RN438.

Exemplo de notificação onde o ex-funcionário possui direito ao plano de inativos:

Informamos que você **{{nome do beneficiário a ser notificado}},** devido ao seu cancelamento em plano coletivo empresarial, não havendo direito em permanecer no plano de inativos, nos termos dos art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

Informamos da possibilidade de contratar plano individual familiar de mesma segmentação, dando continuidade nas carências já cumpridas, desde que, formalize a contratação em até 30 dias. Ou ainda, exercer a portabilidade de carências conforme RN438. Devendo procurar a operadora para manutenção do seu benefício.

14. É preciso responder todas as perguntas da declaração de saúde?

    R: Sim, sempre que for necessário o preenchimento da declaração de saúde, todos os itens deverão ser preenchidos, todas as páginas deverão ser assinadas e não pode haver rasuras. Caso haja rasuras, ou tenha informado SIM, e não descrito a doença que saiba ser portador, deverá refazer a Declaração de Saúde.

15. A declaração de saúde pode ser enviada sem assinatura?

    R: Não, a assinatura é um item obrigatório, caso tenha alguma página sem assinatura a mesma não poderá ser aceita ficando como pendência para concluir o processo de inclusão. Todos os campos destinados às assinaturas, devem estar assinados.

16. É necessário preencher peso e altura na declaração de saúde?

    R: Sim, o preenchimento dessa informação é obrigatório pois é a partir dela que é calculado o IMC.

17. Quando preciso solicitar ao beneficiário o preenchimento da declaração de saúde?
    R: Sempre que o beneficiário for cumprir algum tipo de carência é necessário o preenchimento da declaração de saúde, ou seja, solicitações de inclusão fora do período de admissão ou implantação do contrato, inclusões de dependentes fora do período estabelecido pela ANS.

18. Quando preciso solicitar ao funcionário o preenchimento do Termo de CPT?
    R: O termo de CPT deverá ser preenchido sempre que houver alguma pré-existência informada durante o preenchimento da declaração de saúde. O objetivo é dar ciência ao beneficiário sobre a cobertura parcial temporária para leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade para doenças que ele tenha declarado ao preencher sua declaração de saúde.

19. O funcionário poderá rasurar alguma informação que tenha preenchido de forma incorreta?

    R: Não, caso o documento possua qualquer tipo de rasura o mesmo será recusado e solicitado novo preenchimento, impossibilitando a conclusão do processo de inclusão.

20. É preciso datar e assinar os documentos?

    R: Sim, em todo e qualquer tipo de documento é necessário informar a data do preenchimento e assinatura conforme documento.

21. A declaração de saúde tem prazo de validade?

    R: Sim, a declaração de saúde será aceita caso esteja dentro do prazo de 30 dias da data do preenchimento, caso tenha ultrapassado esse prazo será solicitado um novo preenchimento de acordo com o estado de saúde atual.

22. Enviei uma solicitação de inclusão após o prazo estipulado para envio das movimentações, mas preciso que seja realizado para o dia 1º do mês subsequente, é possível?

R: Sim, sempre que houver esse tipo de situação, a inclusão será processada conforme solicitado, porém caso o setor financeiro já tenha gerado a fatura do mês seguinte a cobrança referente a esse beneficiário será feita duplicada, ou seja, **será cobrado referente ao mês da adesão mais o mês seguinte**.

23. Enviei uma solicitação de exclusão após o prazo estipulado para envio das movimentações, mas preciso que seja cancelado ainda no último dia do mês, é possível?
R: Sim, mas caso o financeiro já tenha gerado a fatura do mês seguinte, o mesmo ainda constará na fatura e o desconto será dado na próxima fatura a ser gerada. Deve solicitar a operadora que seja cancelado o mais breve, caso contrário, o cancelamento será processado conforme normalmente.

24. O beneficiário pode solicitar a troca de plano?

R: Sim, apenas se o contrato atual possuir mais de um produto contratado, e este seja o produto que o beneficiário deseja aderir. Caso contrário não é possível realizar a troca. Se for do interesse da empresa contratar o novo produto, a mesma deverá entrar em contato com o setor de relacionamento através do telefone (32) 3031-0500 e manifestar interesse na contratação.

25. Será necessário cumprimento de carências em caso de troca de plano?

R: Sempre que for realizado a troca para um produto de segmentação assistencial superior, serão aplicadas carências para todas as novas coberturas, sendo necessário preenchimento da declaração de saúde, mantendo as que já foram cumpridas disponíveis para utilização. **Exemplo:** Mudança de ambulatorial para enfermaria ou apartamento.

Quando o produto for da mesma segmentação, porém em acomodação superior, serão aplicadas carências de 180 dias para internação, nesse caso não é necessário o preenchimento de nova declaração de saúde. **Exemplo:** Mudança de Enfermaria para Apartamento.

26. Haverá cobrança nos casos de solicitação de segunda vida da carteirinha de identificação?

R: Caso o motivo da solicitação de segunda via seja perda ou dano, será cobrado o valor de R$ 10,00. Para os casos de roubo e furto a emissão da segunda via será isenta de cobrança desde que seja apresentado Boletim de Ocorrência policial e neste esteja descrito a carteirinha de identificação Vita Saúde.

27. Quando poderá ocorrer mudança nos valores de mensalidade?

R: Anualmente no aniversário do contrato, quando ocorrerá o reajuste, e caso ocorra mudança de faixa etária do beneficiário. O reajuste anual não se confunde com o aumento na mensalidade decorrente de mudança de faixa etária, podendo ocorrer simultaneamente.