



Manual de Orientações

Movimentações Cadastrais

Unimed 
Grande
Florianópolis



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

PLANOS COLETIVOS: EMPRESARIAL E ADESÃO

1. CONTRATAÇÃO DE PLANO COLETIVO

1. SOCIEDADE ANÔNIMA (S.A.)

- Certidão Simplificada da JUCESC, emitida a menos de 90 (noventa) dias;
- Comprovante de endereço da pessoa jurídica, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- Proposta de contratação e contrato assinados (contratação direta com a Unimed).

2. SOCIEDADE SIMPLES (S.S.)

- Contrato social e alterações, registrados no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
- Comprovante de endereço da pessoa jurídica, emitido a menos de 90 (noventa) dias.

3. SOCIEDADE LIMITADA (LTDA.)

- Certidão Simplificada da JUCESC, emitida a menos de 90 (noventa) dias;
- Comprovante de endereço da pessoa jurídica, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- Proposta de contratação e contrato assinados (contratação direta com a Unimed).

4. EMPRESÁRIO INDIVIDUAL¹ (EI)

- Requerimento de Empresário (antiga Declaração de Firma Individual) e eventuais alterações, devidamente registrados na Junta Comercial **OU** Certificado da Condição de Microempreendedor Individual (CCMEI), emitido no Portal do Empreendedor, emitido a menos de 30 dias;

¹ Pode contratar plano, conforme RN n.º 432/2017.

- Comprovante de endereço em nome do empresário, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- CPF do empresário e documento de identificação com foto;
- Proposta de contratação e contrato assinados (contratação direta com a Unimed).

ATENÇÃO: É preciso verificar se o empresário individual (EI) foi constituído a pelo menos 06 (seis) meses.

5. EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA (EIRELI)

- Certidão Simplificada da JUCESC, emitida a menos de 90 (noventa) dias;
- Comprovante de endereço da pessoa jurídica, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- CPF e documento de identificação com foto do representante da pessoa jurídica;
- Proposta de contratação e contrato preenchidos e assinados (contratação direta com a Unimed).

6. ASSOCIAÇÃO

- Estatuto Social e alterações (se houver), registrados no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas (CRPJ);
- Comprovante de endereço da pessoa jurídica, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- CPF e documento de identificação com foto do representante da pessoa jurídica;
- Proposta de contratação e contrato assinados (contratação direta com a Unimed).

7. FUNDAÇÃO

- Estatuto Social e alterações (se houver), registrados no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas (CRPJ);
- Comprovante de endereço da pessoa jurídica, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- CPF e documento de identificação com foto do representante da pessoa jurídica;
- Proposta de contratação e contrato preenchidos e assinados (contratação direta com a Unimed).

8. COOPERATIVA

- Certidão Simplificada da JUCESC, emitida a menos de 90 (noventa) dias;
- Comprovante de endereço da cooperativa, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- Proposta de contratação e contrato preenchidos e assinados (contratação direta com a Unimed).

9. SINDICATO

- Carta Sindical ou Certidão Sindical mais Extrato de Cadastro no CNES;



- Estatuto Social e alterações (se houver), registrados no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas (CRPJ);
- Comprovante de endereço em nome do sindicato, emitido a menos de 90 (noventa) dias;
- CPF e documento de identificação com foto representante;
- Proposta de contratação e contrato preenchidos e assinados (contratação direta com a Unimed).

2. MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE BENEFICIÁRIOS (CONTRATOS PESSOA JURÍDICA)

2. MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

A movimentação cadastral de beneficiários consiste na realização dos procedimentos de Inclusão, Exclusão, Transferência, Alteração de Dados Cadastrais e Solicitação de Segunda Via de Cartão.

2.1 INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Através da movimentação de Inclusão, novos beneficiários (titulares e dependentes) passam a integrar a base de dados de clientes da Unimed Grande Florianópolis e podem usufruir dos benefícios do plano de saúde.

2.1.1 DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

2.1.1.1 INCLUSÃO DE TITULAR

- Formulário de movimentação cadastral (FORM-P02-08) atualizado e assinado pela Empresa Contratante e pelo beneficiário titular;
- CPF e documento oficial de identificação **com foto**;
- Comprovante de endereço, emitido a menos de 90 dias;
- Telefone para contato;
- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);

- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “ds@unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF;
- Termo de Formalização de CPT, datado e assinado (se for o caso);
- Quando o titular for Menor Aprendiz, necessária assinatura do titular e do responsável legal no formulário de movimentação cadastral, caso este beneficiário seja menor de idade. Além disso, necessário encaminhar documentação do responsável;
- Comprovante do vínculo empregatício (Contrato Coletivo Empresarial) ou associativo (Contrato Coletivo por Adesão).

2.1.1.2 INCLUSÃO DE DEPENDENTES

- Formulário de movimentação cadastral (FORM-P02-08) atualizado e assinado pela Empresa Contratante e pelo beneficiário titular.

CÔNJUGE

- CPF e documento oficial de identificação **com foto**;
- Certidão de casamento civil ou certidão de casamento religioso com efeitos civis;
- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);
- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “ds@unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF.

COMPANHEIRO (A):

- CPF e documento oficial de identificação **com foto**;
- Escritura pública de união estável ou declaração pública assinada pelo titular e companheiro(a) com firma reconhecida em cartório;
- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);
- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “ds@unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF.

FILHOS (AS) MENORES DE 18 ANOS:

- Documento oficial de identificação **com foto**, a partir dos 14 anos;
- CPF, obrigatório a partir dos 12 anos;
- Se o filho for menor de 12 anos e teve a paternidade reconhecida judicial ou

extrajudicialmente deve apresentar sentença/escritura com trânsito em julgado, que reconheceu a paternidade e certidão de nascimento (ainda sem averbação);

- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);
- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “ds@unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF.

ENTEADOS (AS)

- Documento oficial de identificação **com foto**, a partir dos 14 anos;
- CPF, obrigatório a partir dos 12 anos;
- Certidão de nascimento;
- Escritura pública de união estável ou declaração pública assinada pelo titular e companheiro (a) e duas testemunhas, com firma reconhecida em cartório;
- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);
- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “ds@unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF.

PAIS

- CPF e documento oficial de identificação **com foto**;
- Documento de identificação do beneficiário titular, declaração de dependência financeira lavrada em cartório, ou ainda, declaração do imposto de renda para comprovação do grau de parentesco;
- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);
- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “ds@unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF.

PESSOA SOB GUARDA/TUTELA/CURATELA

- Documento oficial de identificação **com foto**, a partir dos 14 anos;
- CPF, obrigatório a partir dos 12 anos;
- Termo de guarda ou tutela ou curatela (conforme o caso) ou sentença com trânsito em julgado;
- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);
- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “ds@unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF.

NETOS (AS)

- Documento oficial de identificação **com foto**, a partir dos 14 anos;
- CPF, obrigatório a partir dos 12 anos;
- Documento oficial de identificação com foto, do genitor (pai ou mãe) que possua vínculo com o titular do plano (avô ou avó);
- Para beneficiários com até 14 anos incompletos, Certidão de Nascimento, onde conste o nome dos avós;
- Declaração de Saúde (preenchida, datada e assinada);
- Carta de Orientação ao Beneficiário (datada e assinada);
- E-mail enviado para o endereço “dsv unimedflorianopolis.com.br”, com a Declaração de Saúde anexa, em formato .PDF.

IMPORTANTE: Quando recebermos alguma movimentação de beneficiário que não tenha o nome da mãe no documento e tenha somente o nome do pai, devemos preencher o campo “Nome da mãe” com a seguinte informação: **NAO CONSTA DO REGISTRO CIVIL**, devendo respeitar literalmente o texto da mensagem, sem acentuação, a fim de evitar a rejeição do registro no SIB.

IMPORTANTE: A partir do exercício de 2019, o documento de CPF torna-se obrigatório para pessoas físicas de qualquer idade, que constem como dependentes na declaração do imposto de renda – IRPF e/ou na declaração de serviços médicos e de saúde – DMED. Dessa forma, para a efetivação de novas inclusões de beneficiários dependentes, **o número do CPF passará a ser uma informação obrigatória independente da idade**, validada pela Divisão de Cadastros e Regras da Unimed Grande Florianópolis e, caso não seja encaminhada, implicará na recusa da movimentação de inclusão.

2.1.2 INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS POR PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS (RN 438/2018)

Portabilidade de Carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano de saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária, relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Na hipótese de **cancelamento de registro da operadora do plano de origem ou da sua liquidação extrajudicial**, o beneficiário tem o direito de exercer a **Portabilidade Especial ou Extraordinária de Carências**, esta, quando não for possível a aplicabilidade das disposições da RN 438/2018 ou em hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público.

Os beneficiários de contratos Individual Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial, regulamentados, incluindo aqueles vinculados a Empresários Individuais (RN 432/2017) podem exercer a Portabilidade de Carências. Para tal, o beneficiário deverá cumprir os seguintes **requisitos**:

- **Vínculo ativo do beneficiário com o plano de origem;**

IMPORTANTE: Ao exercer a Portabilidade, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de cinco dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino (Art. 18 da RN 438/2018).

- **Adimplência;**

- **Prazo de permanência:**

Na **primeira Portabilidade de Carências**: No mínimo 02 (dois) anos no plano de origem ou no mínimo 03 (três) anos, na hipótese do beneficiário ter cumprido Cobertura Parcial Temporária;

Nas **Portabilidades de Carências posteriores**: No mínimo 01 (um) ano de permanência no plano de origem ou no mínimo 02 (dois) anos, na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação do plano de origem.

IMPORTANTE: O prazo de permanência não será exigível do recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente, no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

IMPORTANTE: Em contratos adaptados, o prazo de permanência será contado a partir da data da Adaptação.

IMPORTANTE: Caso ocorra a migração entre planos na mesma operadora e, desde que para outro plano com coberturas idênticas nos termos da Súmula 21 da ANS, o prazo de permanência no plano anterior deverá ser contado para fins de portabilidade.

- **Plano de origem deve ser regulamentado ou adaptado a Lei 9.656/98; e**

- **Faixa de preço**

A faixa de preço do plano destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano origem do beneficiário, com base na data de consulta ao módulo de Portabilidade de Carências do Guia ANS.

IMPORTANTE: Quando o plano de origem e o plano de destino for Coletivo Empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço, bem como nos casos de planos pós-estabelecidos (Custo Operacional).

- **No caso de plano coletivo é exigido o vínculo com a pessoa jurídica/empresário individual.**

A Portabilidade de Carências DEVERÁ ser exercida individualmente pelo beneficiário:

No plano de contratação individual ou familiar, em que o direito à portabilidade não seja exercido por todos os membros do grupo familiar, será assegurado aos beneficiários já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito e, nos termos da RN 195/2009, deverá haver a assinatura de termo de assunção de obrigações.

PODERÁ ser exercida por beneficiários que estiverem em gozo do período de remissão, podendo esta ser requerida após o término da remissão ou durante a remissão, que será encerrada a partir do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

PODERÁ ser exercida em decorrência da extinção de vínculo (perda da qualidade de beneficiário) e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço, nas seguintes hipóteses:

1. Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato;
2. Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009.
3. Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente com plano de origem, ou quando houver término do período de manutenção prevista (artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998);
4. Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

IMPORTANTE: Nos **casos de extinção de vínculo**, ou seja, perda da qualidade de beneficiário, a Portabilidade de Carências também **poderá ser exercida por beneficiários de planos não regulamentados e não adaptados**.

Prazo para requerimento de Portabilidade de Carências: De acordo com a RN 438/2018, a Portabilidade poderá ser requerida a qualquer tempo pelo beneficiário após o cumprimento do prazo de permanência.

Prazo para resposta ao pedido de Portabilidade de Carências: O prazo para o envio da resposta ao pedido de Portabilidade é de **10 (dez) dias corridos**.

Possibilidade de cumprimento de carências para planos com coberturas diferentes: Em relação às carências, o novo normativo incluiu a possibilidade de exigir o cumprimento nos casos em que o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem. Nestas situações, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

2.1.2.1 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA EXERCER A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS:

- **Comprovação de adimplência com a operadora origem:** Comprovantes de pagamento das 03 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação;
 - **FORM-P02-04**, devidamente preenchido, para beneficiários de planos Coletivos Empresariais e Coletivos por Adesão;
 - **Comprovação do prazo de permanência:** Proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovante de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação;
 - Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e destino, ou número de protocolo de consulta de compatibilidade de plano para Portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS;
 - Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, ou comprovação referente ao Empresário Individual, caso o plano de destino seja de contratação coletiva.
- Requisitos para o exercício da Portabilidade Especial de Carências:

Requisitos para o exercício da Portabilidade Especial de Carências:

- **Não se aplicam** à Portabilidade Especial de Carências, **os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço**.
- **Poderá ser exercida pelos beneficiários de planos não regulamentados e não adaptados** à Lei 9.656/98.
- **Poderá ser exercida pelos beneficiários cujo vínculo tenha sido extinto em até 60 (sessenta) dias antes da data inicial do prazo para a Portabilidade Especial de Carências**, não se aplicando, neste caso, o requisito de vínculo ativo.
- Nos casos em que os **clientes estiverem vinculados há menos de 300 (trezentos) dias ao plano**, poderá haver a Portabilidade Especial de Carências, **devendo o mesmo cumprir os prazos de carência remanescentes na operadora de destino**.
- O **beneficiário que esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária** no plano de origem, **estará sujeito aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino**.

IMPORTANTE: Caso não seja possível a aplicabilidade das disposições da RN 438/2018 ou em hipótese que mereça ser executada em face do interesse público, a Diretoria Colegiada da ANS, por meio de Resolução Operacional, poderá decretar a Portabilidade Extraordinária de Carências, definindo as regras que deverão ser observadas pelos beneficiários dessas operadoras.

Quem pode exercer a Portabilidade Especial de Carências: Beneficiários de operadoras liquidadas pela ANS, independente do tipo de contratação do plano de origem, mediante publicação de Resolução Operacional (cancelamento compulsório do registro da operadora ou Liquidação Extrajudicial da mesma).

Prazo para exercer a Portabilidade Especial de Carências: Os beneficiários da carteira da operadora que está saindo do mercado (origem) tem o prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para exercer a Portabilidade Especial de Carências para outra operadora. Este prazo é contado a partir da data de publicação da Resolução Operacional.

2.2 ALTERAÇÃO CADASTRAL DE BENEFICIÁRIOS

A Alteração Cadastral possibilita a alteração, correção e complementação das informações cadastrais dos beneficiários. Quando esta movimentação for encaminhada através do SGUWEB, **NÃO deve ser encaminhado o formulário de movimentação**.

2.3 EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Caso o beneficiário deseje cancelar seu vínculo no plano de saúde, seja desligado da empresa contratante ou venha a óbito, a movimentação cadastral que deve ser realizada é o processo de exclusão. Ao ser excluído do contrato, o beneficiário deixa de fazer parte do total de ativos da operadora, ou seja, deixa de usufruir do plano de saúde.

2.3.1 DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

2.3.1.1 EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

- Formulário de exclusão (FORM-P02-01) atualizado, preenchido, carimbado e assinado pela Empresa Contratante. Quando a solicitação de exclusão for formalizada pelo próprio beneficiário titular (RN 412/2016), o formulário deve ser assinado pela Empresa Contratante e pelo beneficiário titular;
- Termo de Ciência (RN 279/2011): obrigatório o envio para beneficiários que forem excluídos por Desligamento da Empresa, em Contratos Coletivos Empresariais, que tenham direito à manutenção do plano de saúde na condição de Ex-empregado, Exonerado ou Aposentado;
- Comunicado a respeito da Portabilidade de Carências (RN 438/2018): Obrigatório o envio quando a exclusão/cancelamento configurar extinção do vínculo de beneficiário.

IMPORTANTE: Critérios para cumprimento dos requisitos para manutenção do plano de saúde na condição de Ex-empregado, Exonerado ou Aposentado conforme RN 279/2011:

- Beneficiários oriundos de Contrato Coletivo Empresarial (Vínculo empregatício);
- Demitido ou Exonerado sem justa causa ou Aposentado;
- Que contribuiu ou tenha contribuído com o pagamento da mensalidade do seu plano de saúde;
- Contratos regulamentados pela Agência Nacional de Saúde.

Caso o beneficiário se enquadre nos critérios acima, além do termo de ciência preenchido e assinado, o preenchimento do questionário de exclusão é obrigatório. Verificar item 4.

IMPORTANTE: Critérios para cumprimento dos requisitos para exercício da Portabilidade de Carências, conforme RN 438/2018, em casos de extinção de vínculo de beneficiário com a Operadora:

- Beneficiário dependente, em caso de morte do titular do plano;

- Beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência; e
- Beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria ou quando do término do período no plano ex-empregado.

2.3.1.2 EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO

- Formulário de exclusão (FORM-P02-06) atualizado, preenchido e assinado pela Empresa Contratante. Quando a solicitação de exclusão for formalizada pelo próprio beneficiário titular (RN 412/2016), o formulário deve ser assinado pela Empresa Contratante e pelo beneficiário titular;
- Comunicado a respeito da Portabilidade de Carências (RN 438/2018): Obrigatório o envio quando a exclusão/cancelamento configurar extinção do vínculo de beneficiário.

IMPORTANTE: Critérios para cumprimento dos requisitos para exercício da Portabilidade de Carências, conforme RN 438/2018, em casos de extinção de vínculo de beneficiário com a Operadora:

- Beneficiário dependente, em caso de morte do titular do plano;
- Beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência; e
- Beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria ou quando do término do período no plano ex-empregado.

2.3.1.3 EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS POR INADIMPLENCIA COM A CONTRATANTE

- Formulário de exclusão (FORM-P02-12) atualizado, preenchido e assinado pela Empresa Contratante.

2.3.2 RESOLUÇÃO NORMATIVA 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

Conforme Resolução Normativa – RN n.º 412/2016, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 10 de novembro de 2016, os beneficiários titulares de Contratos Individuais/Familiares e Coletivos Empresariais ou por Adesão podem solicitar o cancelamento do seu contrato/exclusão do plano de saúde com efeito imediato. A normativa entrou em vigor na data de 10/5/2017.

Todas as solicitações realizadas pelo beneficiário titular terão efeito imediato, a partir da data de ciência da operadora;

CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO:

O beneficiário titular de Contrato Coletivo por Adesão poderá solicitar sua exclusão ou de seus dependentes à pessoa jurídica com a qual mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial à administradora de benefícios ou à Unimed Grande Florianópolis.

Tanto as solicitações realizadas pela Pessoa Jurídica Contratante, pela administradora de benefícios ou diretamente à operadora terão efeito imediato, a partir da data de ciência da operadora.

CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAL:

O beneficiário titular deve solicitar à empresa onde trabalha a sua exclusão ou a de seu dependente do plano de saúde. A empresa tem até 30 dias, a contar da data da solicitação, para cientificar a operadora da exclusão.

Tanto as solicitações realizadas pela Pessoa Jurídica Contratante, pela Administradora de benefícios ou diretamente à operadora terão efeito imediato, a partir da data de ciência da operadora.

CANAIS DE COMUNICAÇÃO DA EXCLUSÃO

A exclusão de beneficiários do plano de saúde Coletivo Empresarial e Coletivo por Adesão, quando solicitada pelo beneficiário titular diretamente à operadora, poderá ocorrer das seguintes formas:

- a) Presencialmente, na sede da Unimed Grande Florianópolis, sito na Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, Florianópolis/SC;
- b) Por meio de atendimento telefônico, disponibilizado pela operadora no telefone 0800 48 3500;
- c) A partir de 10/09/2017 por meio do Portal do Cliente disponível no site da Unimed Grande Florianópolis: **www.unimedflorianopolis.com.br**.

Ainda de acordo com a RN 412/2016, é OBRIGATÓRIO o envio do comprovante do recebimento da solicitação e efetivo cancelamento ao beneficiário titular. Este envio é realizado através de uma rotina automática do sistema e, portanto, é importante sempre informar o endereço e e-mail pessoal do beneficiário titular.

IMPORTANTE: Se o beneficiário (a) possui um plano anterior (PF ou PJ), a exclusão não ocorre automaticamente.

2.4 TRANSFERÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS

A transferência de beneficiários possibilita que o beneficiário mude seu plano (contrato), dentre os demais planos contratados pela empresa. O beneficiário titular e seus dependentes são excluídos do contrato origem e incluídos no contrato destino.

IMPORTANTE: Para empresas que possuem agrupamentos (filiais) cadastrados no contrato de venda e desejam apenas transferir beneficiários entre estes agrupamentos, mantendo o mesmo contrato, a operação de Transferência também pode ser realizada, mediante a apresentação da documentação necessária (formulário de movimentação cadastral e comprovante de vínculo empregatício na nova filial).

2.4.1 DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NA TRANSFERÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS

2.4.1.1 TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO (PLANO)

- Formulário de movimentação cadastral (FORM-PO2-08) atualizado e assinado pela Empresa Contratante e pelo Beneficiário Titular;

IMPORTANTE: O formulário de movimentação deverá ser preenchido com os dados do contrato destino, ou seja, do novo plano.

IMPORTANTE: Além dos dados do titular, os dados do (s) dependente (s) que serão transferidos também devem estar preenchidos no formulário.

2.4.1.2 TROCA DE FILIAL/AGRUPAMENTO

- Formulário de movimentação cadastral (FORM-PO2-08) atualizado e assinado pela Empresa Contratante e pelo beneficiário titular;
- Comprovante de vínculo empregatício ou associativo com a nova filial/agrupamento, onde conste a data de admissão, nome e CNPJ da nova filial/agrupamento e data de emissão.

IMPORTANTE: Além dos dados do titular, os dados do (s) dependente (s) que serão transferidos também devem estar preenchidos no formulário.

2.5 SOLICITAÇÃO DE SEGUNDA VIA DE CARTÃO

Operação realizada quando o beneficiário necessita solicitar a segunda via da sua carteirinha do plano de saúde.

Quando a segunda via de cartão é solicitada via SGUWEB não é necessário o envio do formulário de movimentação cadastral, somente o preenchimento dos campos do sistema. O prazo para receber a 2ª via da carteirinha do plano de saúde, via Correios, é de aproximadamente 15 dias úteis, ou 20 dias corridos. Caso o usuário não receba o cartão após esse prazo, a empresa poderá solicitá-lo novamente pelo SGUWEB ou atendimento presencial. Lembre-se de selecionar o motivo “**Não recebimento**”.

3. DOCUMENTOS VÁLIDOS PARA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

3.1 COMPROVANTE DE ENDEREÇO

Os comprovantes de endereço devem ter data de emissão/vencimento no prazo máximo de 90 (noventa) dias, conforme os seguintes critérios:

Não serão aceitas declarações de endereço, somente os seguintes documentos, em nome do titular:

- Comprovantes recebidos por meio dos Correios (faturas de luz, água, telefone, internet, cartão de crédito, etc.) ou meio eletrônico;
- Correspondência ou documento expedido por órgãos oficiais das esferas Municipal, Estadual ou Federal;
- Carnê do IPTU;
- Cópia do contrato de locação, devidamente assinado pelo locatário e locador, **com firma reconhecida**. Obrigatório constar o prazo de locação do imóvel;
- **Residentes em área rural:** Contrato de locação ou arrendamento da terra, nota fiscal do produtor rural fornecida pela Prefeitura Municipal ou documento de assentamento expedido pelo INCRA;
- **Quando o beneficiário reside com os pais:** Comprovante de residência em nome do pai ou da mãe do beneficiário titular. A validação será feita através do RG ou CNH do beneficiário titular, encaminhados para inclusão no plano de saúde.
- **Quando o comprovante de endereço estiver em nome do cônjuge/companheiro:** Comprovante de residência em nome do esposo (a) e Certidão de Casamento Civil ou, Comprovante de residência em nome do companheiro (a) e Contrato/Declaração de União Estável, assinada pelo casal e reconhecida ou lavrada (registrada) em cartório.

IMPORTANTE: Serão admitidas declarações de endereço **somente** nas seguintes situações:

Quando o beneficiário titular reside em casa de terceiros/aluguel sem contrato:

Encaminhar o comprovante de residência atualizado em nome do locador/proprietário do imóvel e declaração de residência datada e assinada pelo locador/proprietário do imóvel, com firma reconhecida. Na declaração, o locador/proprietário deve informar que o beneficiário titular reside em seu imóvel, especificando o endereço conforme comprovante encaminhado.

Quando o beneficiário titular vive na residência da empresa ou na própria empresa:

Encaminhar o comprovante de endereço em nome da empresa e declaração, contendo timbre/logo da empresa, data, carimbo e assinatura do responsável na empresa, declarando que o colaborador em questão reside no imóvel da contratante.

IMPORTANTE: Em caso de divergência de endereço indicado no documento apresentado e no SGU, a empresa deve encaminhar o lote via SGUWEB, conforme o endereço do comprovante recebido pelos Correios. Se o CEP do comprovante de endereço não existir/constar no SGU, conforme fluxo habitual, a empresa deve solicitar à Unimed o registro deste CEP e encaminhar o documento para a comprovação.

3.2 COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO/ASSOCIATIVO

Os documentos para comprovação do vínculo empregatício ou associativo do beneficiário titular devem seguir os seguintes critérios:

3.2.1 VÍNCULO EMPREGATÍCIO – CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL

3.2.1.1 FUNCIONÁRIOS

- **Carteira de Trabalho:** Cópia da página de qualificação civil do funcionário, página com foto e assinatura e página do registro do beneficiário na empresa, ou;
- **Extrato Previdenciário (CNIS)**, gerado em pdf, que pode ser acessado em “Meu INSS” na página do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo link <https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/meu-inss/>, ou;
- **Extrato do e-social, ou;**
- **Extrato extraído pelo aplicativo “Carteira de Trabalho Digital”, ou;**
- **Guia de Recolhimento do FGTS e de Informações à Previdência Social (GFIP)**, emitida no prazo de até 90 dias: A GFIP é a guia utilizada para o recolhimento do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), para disponibilizar a Previdência Social informações relativas aos segurados.

3.2.1.2 COLABORADOR TEMPORÁRIO, ESTAGIÁRIO OU MENOR APRENDIZ

- Carteira de Trabalho: Cópia da página de qualificação civil do funcionário, página com foto e assinatura e página do registro do beneficiário na empresa ou;
- Contrato de estágio firmado pela instituição de ensino, estagiário e empresa;

3.2.1.3 SÓCIOS

- Certidão Simplificada da Junta Comercial;

3.2.1.4 ADMINISTRADORES

Certidão Simplificada da Junta Comercial;

3.2.1.5 AGENTE POLÍTICO

- Somente documento de diplomação;

3.2.1.6 SERVIDORES PÚBLICOS (CONCURSADOS)

- Portaria de nomeação, podendo conter assinatura/certificação digital);
- Publicação no Diário Oficial.

IMPORTANTE: Não serão aceitas inclusões de Síndicos, uma vez que não possuem elegibilidade para participar na condição de titular de Contratos Coletivos Empresariais. O vínculo entre o Síndico e a Pessoa Jurídica Contratante não é empregatício.

3.2.2 VÍNCULO ASSOCIATIVO – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

Para Contratos Coletivos por Adesão, além do comprovante de vínculo associativo, encaminhar também documento que comprove a elegibilidade do beneficiário em relação à Associação/Sindicato/Entidade a que ele está vinculado.

3.2.2.1 CONSELHOS PROFISSIONAIS E ENTIDADES DE CLASSE

- Carteira de exercício profissional com data de validade ou documento equivalente, expedido pelo respectivo órgão.

3.2.2.2 SINDICATOS, CENTRAIS SINDICAIS E RESPECTIVAS FEDERAÇÕES E CONFEDERAÇÕES, ASSOCIAÇÕES PROFISSIONAIS, COOPERATIVAS, CAIXAS DE ASSISTÊNCIA E FUNDAÇÕES DE DIREITO PRIVADO, ENTIDADES PREVISTAS NA LEI Nº 7.395/1985 E OUTRAS PESSOAS JURÍDICAS DE CARÁTER PROFISSIONAL, CLASSISTA OU SETORIAL.

- Documento de inscrição de regularidade expedido pelo órgão, contendo a identificação da pessoa jurídica (nome, CNPJ, endereço, telefone, etc), datado e assinado pelo representante legal.

3.2.2.3 ASSOCIAÇÃO/SINDICATO DE CLASSE ECONÔMICA

- Carteira de exercício profissional com data de validade ou documento equivalente, expedido pelo respectivo órgão.

3.2.3 DEMAIS ORIENTAÇÕES – DOCUMENTOS

- Documentos Estrangeiros: **Não poderão ser aceitos documentos estrangeiros.** O documento deverá ser traduzido pelos seguintes órgãos: Consulado, Cartório ou Tradutor Juramentado (Tradutor Oficial).
- Quando o nome do beneficiário e/ou nome da mãe estiverem abreviados no documento de identificação, o nome completo deverá ser escrito a mão, na cópia do próprio documento.
- Ausência de preenchimento dos campos do formulário, descritos nos itens 3 e 4, poderão gerar recusa.
- São consideradas rasuras: Descrição por cima de outra palavra ou letra já descrita (borrado); parte do documento digitada e parte escrita à mão (somente as assinaturas são escritas a mão); utilização de corretivo; cópia de formulário onde se perceba indícios de rasura e qualquer outra situação que torne as informações questionáveis.

4. PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL (FORM-P02-08)

O Formulário de Movimentação Cadastral (FORM-P02-08) será utilizado exclusivamente para as seguintes movimentações: Inclusão de Titular e Dependente ou Transferência.

IMPORTANTE: Na Transferência de beneficiários, é necessário preencher os campos obrigatórios do formulário com os dados do novo plano/contrato.

IMPORTANTE: Não serão aceitos formulários de movimentação cadastral com qualquer indício de rasura.

Para as movimentações que exigem o envio do formulário de movimentação cadastral (FORM-P02-08), todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório, com atenção aos itens abaixo:

- **Operação: ASSINALAR SOMENTE A OPERAÇÃO DESEJADA**, de acordo com o tipo de movimentação cadastral que será solicitada à Unimed. São estas: Inclusão ou Transferência.

- **Nome da Empresa Contratante;**

- **Contrato de Venda:** Este campo deve ser preenchido com o número do contrato da empresa, referente ao plano selecionado pelo beneficiário.

- **Plano Contratado (Número do Registro ou Nome do Plano):** Esse campo deverá ser preenchido com o número de registro do plano (ex: 354.344.01-1) ou seu nome completo (ex: tipo de acomodação + co-participação + abrangência). No caso dos contratos não regulamentados (UNIPLAN), cujos planos não possuem número de registro na ANS, a empresa deverá informar no referido campo, o nome completo do plano, destacando o módulo contratado pelo beneficiário (ex: UNIPLAN Básico + 123). Ressaltamos que, havendo alguma informação relevante ao plano optado pelo beneficiário, o contratante ainda dispõe do campo observação para realizar as ponderações necessárias;

- **CNPJ do Agrupamento (Filial):** Este campo deve ser preenchido com o CNPJ do agrupamento/filial integrante da empresa, da qual o beneficiário faz parte;

- **Nome do beneficiário titular:** Informar nome completo;

- **Gênero;**

- **CPF;**

- **Número de telefone:** Obrigatório informar pelo menos um número de telefone, com DDD. Se o número informado for um celular, inserir o nono dígito na frente do número.

- **E-mail do beneficiário titular;**

- **Data de início de vigência:** Obrigatório o preenchimento para as solicitações de **Inclusão (titular e dependentes), para a data de envio da movimentação ou data futura e Transferência, sempre para o primeiro dia do mês futuro;**

- **Principal atividade exercida pelo titular,** conforme RN 117/2005;

- **Assinatura da Contratante:** A assinatura da Empresa Contratante é obrigatória no formulário de movimentação;

- **Assinatura do Beneficiário Titular:** Obrigatório na página “Declaração e Ciência do Beneficiário Titular”. Para beneficiários titulares menores de 18 anos, o formulário de movimentação cadastral também deverá ser assinado pelo responsável legal.

Após análise da movimentação recebida, a Unimed poderá identificar possíveis inconsistências, como ausência de documentação necessária, documentação ilegível,

preenchimento incorreto dos formulários, rasura, etc. Ao ter a sua movimentação recusada, a empresa deve regularizar a pendência informada pela Divisão de Cadastros e Regras.

Quando a movimentação for encaminhada via lote do SGUWEB e apresentar qualquer inconsistência que não possibilite o seu processamento, o lote será criticado, apontando os itens que necessitam ser ajustados e posteriormente devolvidos, para que a empresa providencie os devidos ajustes. O prazo para o processamento da movimentação após os ajustes é de cinco dias úteis, salvo algumas exceções.

IMPORTANTE: DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO: O primeiro dia do mês seguinte (transferência) e a data do envio da movimentação são contados com base na data do recebimento da movimentação na UGF/data de movimentação e envio através do SGUWEB. Portanto, caso a movimentação seja devolvida com pendência/crítica, a vigência deve ser reavaliada, considerando a nova data de envio, ou seja, data da reapresentação.

5. PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE INCLUSÃO POR PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS (FORM-P02-04)

A Proposta de Inclusão por Portabilidade de Carências (FORM-P02-04) será utilizado exclusivamente para as inclusões de beneficiários de contratos Coletivos por Adesão e Coletivo Empresariais, que tenham direito a exercer a Portabilidade de Carências.

IMPORTANTE: Não serão aceitos formulários de movimentação cadastral com qualquer indício de rasura.

Todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório, com atenção aos itens abaixo:

- **Nome da Empresa Contratante;**

- **Contrato de Venda:** Este campo deve ser preenchido com o número do contrato da empresa, referente ao plano selecionado pelo beneficiário;

- **CNPJ do Agrupamento (Filial):** Este campo deve ser preenchido com o CNPJ do agrupamento/filial integrante da empresa, da qual o beneficiário faz parte;

- **Plano Contratado (Número do Registro ou Nome do Plano):** Esse campo deverá ser preenchido com o número de registro do plano (ex: 354.344.01-1) ou seu nome completo (ex: tipo de acomodação + co-participação + abrangência). No caso dos contratos não regulamentados (UNIPLAN), cujos planos não possuem número de registro na ANS, a empresa deverá informar no referido campo, o nome completo do plano, destacando o módulo contratado pelo beneficiário (ex: UNIPLAN Básico + 123). Ressaltamos que, havendo alguma informação relevante ao plano optado pelo beneficiário, o contratante ainda dispõe do campo observação para realizar as ponderações necessárias;

- **Nome do beneficiário titular: Informar nome completo;**
- **CPF;**
- **E-mail do beneficiário titular;**
- **Número de telefone:** Obrigatório informar pelo menos um número de telefone, com DDD. Se o número informado for um celular, inserir o nono dígito na frente do número.
- **Valores de mensalidade do plano;**
- **Declaração de ciência** a respeito da solicitação de cancelamento do plano e das situações em que a Portabilidade pode ser realizada por extinção do vínculo do beneficiário com a Operadora.
- **Carimbo/Assinatura da Contratante:** Carimbo obrigatório para movimentações encaminhadas fisicamente. Para movimentações encaminhadas via SGUWEB, o carimbo é opcional. A assinatura da Empresa Contratante é obrigatória em qualquer situação;
- **Assinatura do Beneficiário Titular:** Obrigatório na página “Declaração e Ciência do Beneficiário Titular”. Para beneficiários titulares menores de 18 anos, o formulário de movimentação cadastral também deverá ser assinado pelo responsável legal.

Após análise da movimentação recebida, a Unimed poderá identificar possíveis inconsistências, como ausência de documentação necessária, documentação ilegível, preenchimento incorreto dos formulários, rasura, etc. Ao ter a sua movimentação recusada, a empresa deve regularizar a pendência informada pela Divisão de Cadastros e Regras. Quando a movimentação for encaminhada via lote do SGUWEB e apresentar qualquer inconsistência que não possibilite o seu processamento, o lote será criticado, apontando os itens que necessitam ser ajustados e posteriormente devolvidos, para que a empresa providencie os devidos ajustes. O prazo para o processamento da movimentação após os ajustes é de cinco dias úteis, salvo algumas exceções.

IMPORTANTE: DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO: A vigência do plano está condicionada a apresentação de todos os documentos corretos e necessários para o exercício da Portabilidade, conforme Art. 17 da RN 438/2018;

6. PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS DE EXCLUSÃO

Para as movimentações de exclusão de beneficiários de Contratos Coletivos Empresariais é obrigatório o envio do formulário de exclusão, FORM-P02-01, e Contratos Coletivos por Adesão é obrigatório o envio do formulário de exclusão, FORM-P02-06. Quando as exclusões de ambos os tipos de contratos ocorrerem por Mudança de Plano na mesma Operadora ou por Inadimplência com a Contratante, os formulários utilizados devem ser o FORM-P02-13 e FORM-P02-12, respectivamente.

Seguem orientações de preenchimento:

IMPORTANTE: Não serão aceitos formulários de movimentação cadastral com qualquer indício de rasura.

6.1 FORM-P02-01: CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL:

- **Nome da Empresa Contratante:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **E-mail da Empresa Contratante:** Campo de preenchimento obrigatório para exclusões solicitadas por iniciativa do beneficiário titular;
- **Nome do Titular:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **CPF:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Logradouro:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Bairro:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Cidade:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Estado:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **CEP:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Complemento:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **E-mail do Titular:** Campo de preenchimento obrigatório para exclusões solicitadas por iniciativa do beneficiário titular. Informar o e-mail do próprio beneficiário;
- **Número de telefone:** Informar pelo menos um número de telefone, com DDD. Se o número informado for um celular, inserir o nono dígito na frente do número;
- **Motivos de Exclusão (por iniciativa do beneficiário titular):** SEMPRE obrigatório constar a assinatura da Contratante e do beneficiário titular:

41 – Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário: Deve ser utilizado nos casos em que a solicitação não se enquadrar em nenhum dos demais motivos.

72 – Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido do Titular): Nos casos em que o dependente deixar de preencher as condições de admissão como dependente (Ex.: separação/divórcio, filho completou a idade máxima prevista no contrato, etc.).

74 – Portabilidade de Carências;

75 – Migração para outra operadora: Utilizado nos casos de troca de Operadora, mesmo sem preencher os requisitos da portabilidade;

76 – Migração ou mudança de plano na mesma Unimed: Quando deseja migrar para outro plano da Operadora;

77 – Viagem ou mudança de domicílio: Em razão de viagem ou mudança de Cidade/Estado/País;

78 – Dificuldades com a rede/agendamento: Em razão de insatisfação com a rede assistencial da Operadora e/ou prazos de atendimento;

79 – Dificuldades na autorização: Em razão de insatisfação pelas dificuldades na autorização de procedimentos;

81 – Insatisfeito com o atendimento do plano: Em razão de insatisfação no atendimento;

82 – Plano está muito caro: Em razão do valor da mensalidade/co-participação.

• **Motivos de Exclusão (Por iniciativa da Contratante):** A assinatura da Contratante SEMPRE é obrigatória. A assinatura do beneficiário titular não é obrigatória (os formulários de exclusão por iniciativa da Contratante que forem assinados pelo titular podem ser aceitos):

71 – Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido da Contratante):

Nos casos em que a Empresa Contratante tomar conhecimento que o beneficiário deixou de preencher as condições de admissão como dependente (Ex.: separação/divórcio, filho completou a idade máxima prevista no contrato, etc.).

42 – Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo Empresarial): Esse motivo deverá ser utilizado exclusivamente para os Contratos Coletivos Empresariais.

44 – Óbito: Utilizado nos casos de falecimento do titular e/ou dependentes. É imprescindível o preenchimento da data do óbito, uma vez que, nesses casos, o beneficiário é excluído no dia posterior à data informada. É obrigatório, ainda, o envio da certidão de óbito, para fins de comprovação e devolução de valores pro rata que porventura existam.

a) Caso o óbito seja do titular: Obrigatória a assinatura somente da Contratante, desde que seja apresentada a certidão de óbito.

b) Caso o óbito seja de um dos dependentes: Obrigatória a assinatura da Contratante e do Beneficiário Titular, desde que seja apresentada a certidão de óbito.

• **Data de Exclusão:**

a) A exclusão por iniciativa do beneficiário tem efeito imediato a partir da data de ciência da operadora. **É proibida a exclusão programada (data futura) quando o pedido ocorrer por iniciativa do beneficiário.** No SGUWEB: Data de envio do lote = Data de solicitação de exclusão. No atendimento presencial: Data de entrega da documentação = Data de solicitação de exclusão.

b) Nos pedidos de exclusão por iniciativa do(a) Contratante, a exclusão deverá ser programada (data futura) para o primeiro dia do mês futuro.

c) Nas exclusões por óbito, a data de exclusão é o dia seguinte ao óbito do beneficiário.

• **Questionário de Exclusão – Manutenção do plano para Demitidos e/ou Exonerados sem Justa Causa ou Aposentados:** Deve ser preenchido conforme as orientações que constam no FORM-P02-01.

6.2 FORM-P02-06: CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO:

- **Nome da Empresa Contratante:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **E-mail da Empresa Contratante:** Campo de preenchimento obrigatório para exclusões solicitadas por iniciativa do beneficiário titular;
- **Nome do Titular:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **CPF:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Logradouro:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Bairro:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Cidade:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Estado:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Complemento:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **CEP:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **E-mail do Titular:** Campo de preenchimento obrigatório para exclusões solicitadas por iniciativa do beneficiário titular. Informar o e-mail do próprio beneficiário;
- **Número de telefone:** Informar pelo menos um número de telefone, com DDD. Se o número informado for um celular, inserir o nono dígito na frente do número.
- **Motivos de Exclusão (Por iniciativa do Beneficiário Titular):** SEMPRE obrigatório constar a assinatura da Contratante e do beneficiário titular:

41 – Rompimento do Contrato por Iniciativa do Beneficiário: Deve ser utilizado nos casos em que a solicitação não se enquadrar em nenhum dos demais motivos.

72 – Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido do Titular): Nos casos em que o dependente deixar de preencher as condições de admissão como dependente (Ex.: separação/divórcio, filho completou a idade máxima prevista no contrato, etc.).

74 – Portabilidade de Carências: Nos casos de exclusão para trocar de plano de saúde, sem cumprir carências no novo plano;

75 – Migração para outra operadora: Utilizado nos casos de troca de Operadora, mesmo sem preencher os requisitos da portabilidade;

76 – Migração ou mudança de plano na mesma Unimed: Quando deseja migrar para outro plano da Operadora;

77 – Viagem ou mudança de domicílio: Em razão de viagem ou mudança de Cidade/Estado;

78 – Dificuldades com a rede/agendamento: Em razão de insatisfação com a rede assistencial da Operadora e/ou prazos de atendimento;

79 – Dificuldades na autorização: Em razão de insatisfação pela demora na autorização de procedimentos;

81 – Insatisfeito com o atendimento do plano: Em razão de insatisfação no atendimento dos profissionais cooperados e rede assistencial (hospitais, laboratórios, clínicas, etc.);

82 – Plano está muito caro: Em razão do valor da mensalidade/co-participação.

- **Motivos de Exclusão (Por iniciativa da Contratante): A assinatura da Contratante SEMPRE é obrigatória. A assinatura do beneficiário titular não é obrigatória (os formulários de exclusão por iniciativa da Contratante que forem assinados pelo titular podem ser aceitos):**

71 – Exclusão do dependente por perda de vínculo com o titular (a pedido da Contratante):

Nos casos em que a Empresa Contratante tomar conhecimento que o beneficiário deixou de preencher as condições de admissão como dependente (Ex.: separação/divórcio, filho completou a idade máxima prevista no contrato, etc.).

70 – Desligamento da Empresa (Contrato Coletivo por Adesão): Esse motivo deverá ser utilizado exclusivamente para os Contratos Coletivos por Adesão.

44 – Óbito: Utilizado nos casos de falecimento do titular e/ou dependentes. É imprescindível o preenchimento da data do óbito, uma vez que, nesses casos, o beneficiário é excluído no dia posterior à data informada. É OBRIGATÓRIO, ainda, o envio da certidão de óbito, para fins de comprovação e devolução de valores pro rata que porventura existirem.

a) Caso o óbito seja do titular: Obrigatória a assinatura somente da Contratante, desde que seja apresentada a certidão de óbito.

b) Caso o óbito seja de um dos dependentes: Obrigatória a assinatura da Contratante e do Beneficiário Titular, desde que seja apresentada a certidão de óbito.

- **Data de Exclusão:**

a) A exclusão por iniciativa do beneficiário tem efeito imediato a partir da data de ciência da operadora. É proibida a exclusão programada (data futura) quando o pedido ocorrer por iniciativa do beneficiário. No SGUWEB: Data de envio do lote = Data de solicitação de exclusão. No atendimento presencial: Data de entrega da documentação = Data de solicitação de exclusão.

b) Nos pedidos de exclusão por iniciativa do (a) Contratante, a exclusão deverá ser programada (data futura) para o primeiro dia do mês futuro.

c) Nas exclusões por óbito, a data de exclusão é o dia seguinte ao óbito do beneficiário.

6.3 FORM-P02-12: EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS POR INADIMPLÊNCIA COM A CONTRATANTE

- **Nome da Empresa Contratante:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Nome do Titular:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **CPF:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Código do Beneficiário:** Campo de preenchimento obrigatório;
- **Assinatura da Empresa Contratante:** Campo de preenchimento obrigatório;

- **Data de Exclusão:** Nos pedidos de exclusão por iniciativa do (a) Contratante, a exclusão deverá ser programada (data futura) para o primeiro dia do mês futuro.

Após análise da movimentação recebida, a Unimed poderá identificar possíveis inconsistências, como ausência de documentação necessária, documentação ilegível, preenchimento incorreto dos formulários, rasura, etc. Ao ter a sua movimentação recusada, a empresa deve regularizar a pendência informada pela Divisão de Cadastros e Regras. Quando a movimentação for encaminhada via lote do SGUWEB e apresentar qualquer inconsistência que não possibilite o seu processamento, o lote será criticado, apontando os itens que necessitam ser ajustados e posteriormente devolvido, para que a empresa providencie os devidos ajustes. O prazo para o processamento da movimentação após os ajustes é de cinco dias úteis, salvo algumas exceções.

7. CANAL PARA ENVIO DAS MOVIMENTAÇÕES CADASTRAIS

7.1 SGUWEB

O Módulo SGUWEB é uma ferramenta desenvolvida pela Unimed Federação, com o objetivo de agilizar e facilitar as solicitações cadastrais realizadas pelas empresas contratantes. A utilização do módulo SGUWEB é simples e rápida e não requer instalação, uma vez que o acesso é online.

As orientações de utilização do módulo SGUWEB estão disponíveis em manual específico, disponibilizado às empresas contratantes.

8. APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS E DECLARAÇÃO DE SAÚDE

8.1 DEFINIÇÕES

Declaração de Saúde: Consiste no preenchimento de um formulário, elaborado pela ANS, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

Cobertura Parcial Temporária (CPT): Admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Período de carência: É o período em que a cobertura contratual fica suspensa, ou seja, o usuário não pode usufruir determinado atendimento. As coberturas somente serão asseguradas após o decurso do prazo de carências estabelecido. O período de carências serve de captação de recursos para a operadora, pois receberá as contraprestações sem que tenha que cobrir os atendimentos que estão em período de carência.

8.2 REGRAS PARA O APROVEITAMENTO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE (RN 162/2017)

Serão aceitos os prazos definidos abaixo para aproveitamento de Declarações de Saúde dos clientes da Unimed Grande Florianópolis:

- **30 dias após a exclusão do contrato anterior.**

Em casos de DLP (doenças e lesões pré-existentes) será obrigatório o cumprimento das carências restantes até a data final.

Após o preenchimento da Declaração de Saúde, a inclusão do beneficiário deverá acontecer, no máximo, em até 45 dias. Caso isso não aconteça, será necessário o preenchimento de uma nova Declaração de Saúde.

8.2.1 NÃO REQUER O PREENCHIMENTO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- Uniflex e Uniplan (independente do tipo de plano) com mais de 24 meses de contrato dentro da mesma operadora (UGF), mesma segmentação de plano e sem interrupção de tempo (considerar a nova inclusão em até 30 dias da data de exclusão);

IMPORTANTE: Os clientes de contratos Fundação não são beneficiários UGF.

- Recém-nascido (natural ou adotivo), incluídos nos primeiros 30 dias após o nascimento ou adoção;
- Menores de 12 anos: Recém-adotados, sob guarda (permanente ou provisória) ou tutela do beneficiário do plano e cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, nos primeiros 30 dias a contar da data da oficialização dos fatos (independente da segmentação do plano);
- Clientes migrados e adaptados (contratos não regulamentados para regulamentados);
- Clientes incluídos por Portabilidade de Carências ou Portabilidade Especial de Carências;
- Clientes UGF provenientes dos benefícios FEA, PEA – BFSC – Estes clientes deverão comprovar que possuíam plano UGF antes de aderir ao benefício.

8.3 REGRAS PARA O APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Serão aceitas cartas de carências através de meio físico ou eletrônico e o aproveitamento destas será realizado em até 30 dias após o cancelamento do contrato anterior, sendo que a mesma deverá mencionar a situação do contrato ativo ou excluído, podendo ser entregue em qualquer data.

Para aproveitamento deverão ser observadas as carências cumpridas no plano anterior. Condições para aproveitamento das cartas de carência:

- Nome completo do beneficiário e seus dependentes (se houver);
- Data de inclusão e data de exclusão (se não houver, informar que cliente está ativo) de cada beneficiário (titular e dependentes);
- Nome da Operadora que emitiu a carta e registro ANS (a carta deve conter assinatura do responsável pela emissão ou emitida através de meio eletrônico ou emitida em papel timbrado da Operadora);
- A carta de carência deverá estar datada e somente será aceita no prazo de 30 dias da emissão.

8.3.1 EMPRESAS AUTOGESTÃO (RN 137/2006)

Define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão: I – A pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

São consideradas operadoras de Auto-Gestão as empresas e fundações abaixo:

- ELOSAUDE
- FUCAS e CELOS
- SIM – CAIXA DE ASSISTENCIA
- FUSESC – SIM
- CASACARESC
- FUNDAÇÃO DAS UNIMED DE SANTA CATARINA

GRUPO DE CARÊNCIAS	PRAZO
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	90 dias
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

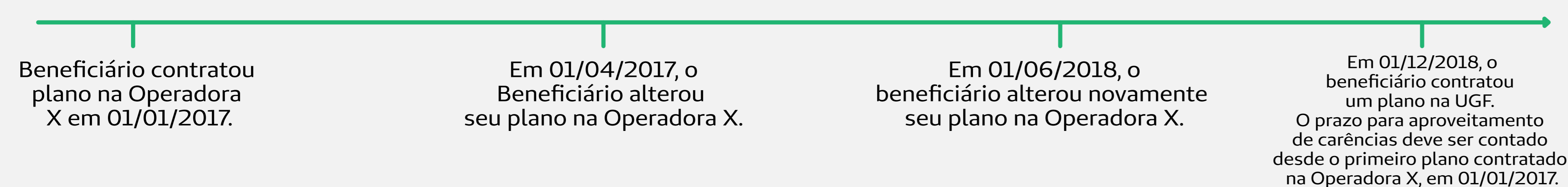
É possível identificar se uma Operadora é autogestão no sítio da ANS (<http://www.ans.gov.br/>) em Planos e Operadoras > Informações e Avaliações de Operadoras (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/consultar-dados>).

8.3.2 CLIENTES DE OUTRAS OPERADORAS E ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS E CLIENTES PROVENIENTES DOS BENEFÍCIOS FEA, PEA – BFSC DE OUTRAS OPERADORAS.

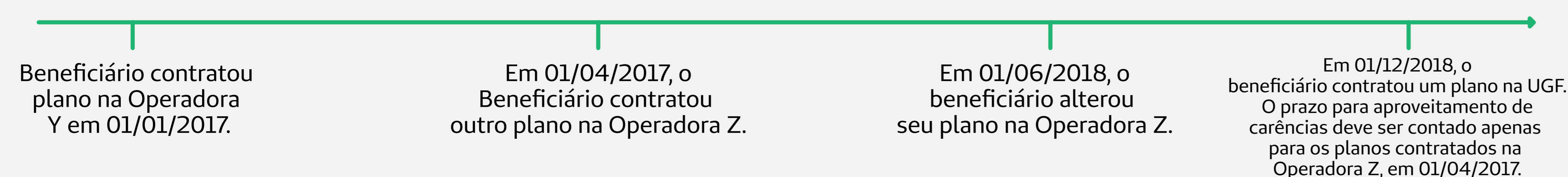
Tempo de permanência no plano anterior: **Período igual ou superior a 180 dias de permanência no contrato origem.**

GRUPO DE CARÊNCIAS	PRAZO
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	Isento
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

IMPORTANTE: Para fins de aproveitamento de carências, será considerado **todo o prazo que o beneficiário esteve ativo na mesma operadora, de forma ininterrupta**, independente do mesmo ter realizado troca de plano, conforme exemplo ilustrado abaixo:



Além disso, para fins de aproveitamento de carências, só é válido o prazo de permanência na última Operadora contratada pelo cliente, ou seja, planos de outras Operadoras contratados anteriormente não deverão ser considerados.



8.3.3 RECÉM-NASCIDO DE OUTRAS OPERADORAS QUE SERÃO INCLUSOS EM CONTRATO PF – INDEPENDENTE DA SEGMENTAÇÃO DO PLANO ANTERIOR

GRUPO DE CARÊNCIAS	PRAZO
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	90 dias
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

IMPORTANTE: Caso o recém-nascido ainda esteja usufruindo do plano de saúde da mãe (período de 30 dias corridos, contados da data de nascimento), as carências devem ser aproveitadas conforme item 6.3.3 deste documento, mesmo que o recém-nascido em questão ainda não tenha sido incluído como beneficiário em nenhum plano de saúde.

8.3.4 CLIENTES UGF COM RETORNO DE VIAGEM AO EXTERIOR (CONFORME POLÍTICA DE RETENÇÃO DE CLIENTES)

Requisitos para obter o benefício:

- Apresentação da passagem aérea, que comprove o período em que o cliente esteve ausente do país;
- Ter, no mínimo, 02 (dois) anos de contrato na Unimed Grande Florianópolis;
- Não ter débitos vencidos com a Unimed Grande Florianópolis;
- Ser beneficiário de Plano Regulamentado (Uniflex).

Período de ausência:

- De 03 a 06 meses: NÃO PREENCHE Declaração de Saúde

GRUPO DE CARÊNCIAS	PRAZO
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	Isento
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	Isento
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	Isento
1024 – Hospitalar Parto	Isento

- De 06 meses e 01 dia até 01 ano: PREENCHE Declaração de Saúde

GRUPO DE CARÊNCIAS	PRAZO
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	90 dias
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	Isento
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

- De 01 ano e 01 dia até 02 anos: PREENCHE Declaração de Saúde

GRUPO DE CARÊNCIAS	PRAZO
1022 – Urgência Emergência	Isento
1020 – Exames/RX/Laboratorial/Consulta	Isento
1025 – Fisioterapia	90 dias
1023/1026 – Hospitalar Internação Enfermaria/Apartamento	180 dias
1021 – Demais procedimentos com autorização prévia	180 dias
1024 – Hospitalar Parto	300 dias

8.3.5 CLIENTES UFSC COM RETORNO DE VIAGEM AO EXTERIOR (CONFORME DETERMINADO NO CONTRATO):

No caso de afastamento de servidor para formação no exterior pela UFSC ou AGU/SC, o servidor poderá cancelar o plano de saúde durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o período de reativação/inclusão do plano ocorra até 30 dias após o seu retorno ao país.

8.3.6 EXCEÇÕES UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

- Isenção das carências cumpridas no plano anterior para clientes UGF provenientes dos benefícios FEA, PEA – BFSC. Estes clientes deverão comprovar vínculo anterior com a UGF por meio da declaração emitida pela Unimed Federação de SC.
- Isenção das carências cumpridas no plano anterior para clientes UGF (independente do tipo de plano), desde que a exclusão não ultrapasse **30 dias** (salvo exceções).

8.3.7 CUSTO OPERACIONAL (UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS)

As carências do plano destino serão aproveitadas conforme o tempo de permanência no

plano em que o beneficiário esteve vinculado (Custo Operacional) como período de carências já cumprido.

Caso o beneficiário não tenha cumprido algum grupo de carências, este deverá cumprir no novo plano.

Exemplo: Cliente possui plano CO + Amb e permaneceu ativo durante 30 dias, está trocando para um Uniflex A+H+OB Apt. Neste caso, o cliente irá aproveitar a carência referente aos 30 dias em que ficou no plano CO + Amb e cumprirá todas as demais que o plano origem não abranger.

IMPORTANTE: O item 8.3.7 foi elaborado de acordo com a resposta de atendimento ANS protocolo nº 374831.

8.4 OUTRAS INFORMAÇÕES – REGRAS DA ANS

8.4.1 NOVA CONTRATAÇÃO DE PLANO (novo contrato) COLETIVO EMPRESARIAL

- Contratos com até 29 beneficiários: COM CARÊNCIAS e COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Contratos com 30 ou mais beneficiários: SEM CARÊNCIAS, para solicitações de inclusão formalizadas até 30 dias da celebração do contrato e SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

8.4.2 INCLUSÃO EM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

- Contratos com até 29 beneficiários: COM CARÊNCIAS;
- COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

IMPORTANTE: INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO EM PERÍODO DE EXPERIÊNCIA

- Solicitação de inclusão em até 30 dias após o término do período de experiência, independente da sua duração – SEM CARÊNCIAS e SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE (verificar cláusula contratual). **COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE, SE TIVER MENOS DE 24 MESES DE CONTRATO.**

IMPORTANTE: Será isento do preenchimento da Declaração de Saúde, o cliente que já tenha realizado, visto que o mesmo cumprirá o prazo faltante das carências, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP).

IMPORTANTE: Beneficiário que NÃO realizou Declaração de Saúde, por período inferior a 24 meses, ao aderir novo plano que exija declaração de saúde e declarar uma DLP, cumprirá somente o período faltante, ou seja, até completar 24 meses a partir da data de adesão do contrato anterior. Salvo o cliente que tenha entrado isento do preenchimento de Declaração de Saúde por norma da ANS.

8.4.3 NOVA CONTRATAÇÃO DE PLANO (novo contrato) COLETIVO POR ADESÃO

- Solicitações de inclusão formalizadas NOS PRIMEIROS 30 dias da celebração do contrato: SEM CARÊNCIAS, independente da quantidade de vidas e COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

8.4.4 INCLUSÃO EM PLANO COLETIVO POR ADESÃO

- Solicitações de inclusão formalizadas 30 dias APÓS a celebração do contrato: COM CARÊNCIAS e COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitações de inclusão formalizadas no mês de aniversário do contrato: SEM CARÊNCIAS e COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

IMPORTANTE: MÊS DE ANIVERSÁRIO DO CONTRATO: Período de 30 dias, contado da data de início de vigência do contrato, considerando anualmente para liberação de carências de novos beneficiários (vínculo firmado após a contratação de plano pela empresa), enquanto o contrato estiver ativo.

IMPORTANTE: INCLUSÃO DE DEPENDENTES – PLANO COLETIVO POR ADESÃO

- Novos dependentes (qualquer novo vínculo comprovado mediante documentação necessária, após entrada do titular no contrato) – SEM CARÊNCIAS, com solicitação de inclusão durante o aniversário do contrato.
- Demais Casos – As carências serão liberadas apenas se forem incluídos junto com o titular.

8.5 CONTRATAÇÕES SEM INTERRUPÇÃO – (SÚMULA NORMATIVA N° 21)

É vedada a recontagem de carências que já foram cumpridas ou não aplicadas, na celebração de plano coletivo empresarial e adesão, e individual ou familiar, quando:

- Não houver interrupção entre a contratação de um plano e outro (UGF considera o prazo de 30 dias entre a exclusão do plano origem e a inclusão do plano destino);
- A contratação se der na mesma operadora;
- A aplicação de carências é permitida na ampliação de acomodação, abrangência ou

cobertura (segmentação), mediante termo de ciência do beneficiário;

- Quando o beneficiário tiver 24 meses ou mais no plano anterior, contratado na mesma operadora, mesma segmentação e sem interrupção entre um plano e outro, entra no novo plano sem análise de DLP e aplicação de CPT.

8.6 MIGRAÇÕES DE CONTRATO NÃO REGULAMENTADO INDIVIDUAL/FAMILIAR E COLETIVO POR ADESÃO (CONTRATO OU BENEFICIÁRIO) – (RN 254/2011)

É garantido ao responsável pelo contrato e, nos planos individual/familiar e coletivos por adesão, também aos beneficiários autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências e sem análise de DLP e aplicação de CPT.

Caso não haja plano compatível na migração, a operadora pode oferecer migração para outra segmentação, com condições especiais de carências para as novas coberturas, sem análise de DLP e aplicação de CPT.

Para Planos Coletivos Empresariais, a migração é realizada conforme negociação entre as partes, não sendo contemplada na RN 254.

Nos casos em que houver adaptação de contrato, o reajuste máximo estipulado pela ANS é de 20,59%, sendo garantido ao responsável pelo contrato e também aos beneficiários, automaticamente, isenção de nova contagem de carências e análise de DLP e aplicação de CPT.

8.7 RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA – SEGMENTAÇÃO DO PLANO: HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

Prazo para o aproveitamento das carências:

- Solicitação de inclusão no prazo de até 30 dias após o nascimento do beneficiário, desde que o pai, mãe ou responsável legal tenha cumprido o prazo máximo de carências de 180 dias: ISENÇÃO TOTAL DE CARÊNCIAS E DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão no prazo de até 30 dias após o nascimento do beneficiário, SEM o cumprimento do prazo máximo de carências de 180 dias pelo pai, mãe ou responsável legal: APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS PELO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL LEGAL E ISENÇÃO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão APÓS os 30 dias do nascimento do beneficiário: COM CARÊNCIAS E DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

IMPORTANTE: Para que haja a liberação das carências do recém-nascido, conforme item anterior, o mesmo deve ser inscrito como dependente em plano de saúde cujo titular seja seu pai, mãe ou responsável legal.

8.8 MENORES DE 12 ANOS ADOTIVOS, SOB GUARDA PERMANENTE OU PROVISÓRIA, TUTELA OU RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE (SÚMULA NORMATIVA Nº 25) – INDEPENDENTE DA SEGMENTAÇÃO DO PLANO:

Prazo para o aproveitamento das carências:

- Solicitação de inclusão no prazo de 30 dias após a guarda/adoção/tutela: Aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante/responsável legal: SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão no prazo de 30 dias após o reconhecimento de paternidade: Aproveitamento das carências já cumpridas pelo PAI: SEM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.
- Solicitação de inclusão APÓS 30 dias da guarda/adoção/tutela ou reconhecimento de paternidade: COM CARÊNCIAS E COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

IMPORTANTE: Com a finalidade de reforçar o entendimento estabelecido pela Súmula Normativa nº 25/2012, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Súmula Normativa nº 29/2015. Esta norma tem o objetivo de esclarecer que o filho sob guarda, seja provisória ou permanente, tem direito a ingressar como dependente no plano de saúde de seus responsáveis.



PERGUNTAS E RESPOSTAS

1. O que é Empresário Individual (EI)?

É a pessoa física que exerce atividade econômica e que responde com seu patrimônio pelas obrigações contraídas pela empresa. Pode ser: MEI (Microempreendedor Individual), ME (Microempresa) ou EPP (Empresa de Pequeno Porte).

2. O que é uma Sociedade Limitada (Ltda.)?

É uma sociedade composta por, no mínimo 2 sócios, pessoas físicas ou jurídicas. A responsabilidade de cada sócio é limitada ao valor de suas cotas. Pode ser: ME (Microempresa) ou EPP (Empresa de Pequeno Porte).

3. O que é uma EIRELI?

É uma empresa constituída por uma única pessoa física (unipessoal), titular da totalidade do capital social. A empresa responde por dívidas apenas com seu patrimônio, e não com os bens pessoais do seu titular. Pode ser: ME (Microempresa) ou EPP (Empresa de Pequeno Porte).

4. O que é uma Cooperativa?

É uma sociedade de pessoas, classificada pela lei como sociedade simples, constituída para prestar serviços aos cooperados.

5. O que é uma Sociedade Anônima?

Sociedade Anônima ou Companhia é uma empresa com fim lucrativo, que tem seu capital dividido em ações, e a responsabilidade dos sócios ou acionistas é limitada ao preço da emissão das ações.

A S.A. poder ser: **aberta** quando capta recursos junto ao público, e **fechada** quando obtém recursos através dos próprios acionistas.

6. O que é uma Sociedade Simples (S/S)?

Sociedades simples são sociedades formadas por pessoas que exercem profissão intelectual (gênero), de natureza científica, literária ou artística (espécies), mesmo se

contar com auxiliares ou colaboradores. Exemplos: a) Dois médicos se unem e constituem um consultório para, juntos, explorarem atividade intelectual relacionada aos seus conhecimentos científicos na área médica; b) Dois engenheiros se unem e constituem um escritório para, juntos, explorarem atividade intelectual relacionada aos seus conhecimentos artísticos na área da engenharia.

7. Por que solicitamos o contrato social e alterações para contratação de plano?

Para identificar quem tem poderes para representar a pessoa jurídica na contratação do plano de saúde.

8. Quem deve assinar o contrato/termo aditivo dos planos coletivos?

O contrato/termo e demais documentos para contratação devem ser assinados pela pessoa com poderes de representação da pessoa jurídica, indicada no estatuto ou contrato social.

9. O que é contrato social?

O Contrato Social é o ato constitutivo de uma pessoa jurídica, um tipo de “certidão de nascimento” da empresa. Nele devem constar informações do negócio, como: nome e qualificação dos sócios, tipo de empresa e endereço da sede, atividades e serviços desenvolvidos, participação societária e administradores, etc.

10. Qual a diferença de contrato social e alterações e alteração consolidada?

A pessoa jurídica pode sofrer alterações ao longo de sua existência (mudança do quadro societário, mudança de sede, etc.). Essas alterações podem ser **simples ou consolidadas**. A **alteração contratual simples** gera um documento que se torna uma espécie de “termo aditivo” do contrato social original. Assim, ao optar pela alteração simples, ao contratar o plano de saúde o empresário deve apresentar na Unimed o contrato social original e todas as alterações. Já a **alteração consolidada** reúne em um único documento todo o histórico de alterações passadas, o que faz dele um documento independente do contrato social original. Dessa forma, ao optar pela alteração consolidada, basta apenas que o empresário apresente na Unimed a última alteração contratual consolidada.

11. O que é a certidão simplificada e por que é exigida?

A Certidão Simplificada é uma das certidões emitidas pela Junta Comercial, na qual são relatadas algumas informações básicas sobre a empresa tais como: nome empresarial, CNPJ, data de início de atividade, atividades econômicas, capital social, sócios e suas respectivas participações no capital social e filiais nesta unidade da federação ou fora dela (quando existirem). Nessa certidão é possível verificar qual o último ato registrado pela pessoa jurídica. Com essa informação, é possível verificar se a alteração apresentada é a última registrada pela empresa. Caso não seja, é preciso solicitar a última alteração.

12. Por que solicitamos o comprovante de endereço da pessoa jurídica?

A ANS exige que a operadora tenha guardado os documentos que comprovem as informações do cadastro da contratante.

13. Por que deve constar a qualificação do sócio/administrador no termo aditivo?

A qualificação da operadora e do contratante é obrigatória, conforme Anexo I da IN n.º 23/2009. Considerando que a pessoa jurídica é representada por pessoa física (sócio/administrador/procurador), também se faz necessária a qualificação do representante.

14. Como posso identificar quem representa a empresa?

A informação pode ser encontrada na cláusula que fala da administração da pessoa jurídica. A administração pode ser exercida por não sócios, e a representação perante a sociedade estará expressa na cláusula de administração.

15. O que acontece se o administrador for nomeado após o registro da empresa?

Se for designado em ato separado caberá a empresa então, em obediência ao artigo 1.062, dentro do prazo de 30 dias, investir o administrador em seu cargo, através da assinatura no livro de posse. Após a investidura, o administrador tem o prazo de 10 dias para requerer perante a Junta Comercial, a averbação da sua nomeação. Nesse caso será necessário apresentar a **Certidão Simplificada já com o nome do administrador nomeado**.

16. A empresa pode ser representada por um terceiro que não seja administrador?

Sim, mas nesse caso deverá apresentar procuração válida assinada pelo (s) administrador (es). Caso a procuração não tenha prazo de validade, é necessária a confirmação de vigência (basta apresentar certidão atualizada da procuração, emitida pelo cartório que lavrou o documento). **Solicitar certidão atualizada da procuração caso esta tenha sido lavrada a mais de 1 ano.**

17. Quando a pessoa deve ser representada e por quem?

A pessoa deve ser representada quando tiver menos de 16 anos ou quando for incapaz. Se for menor de 16 anos será representada pelo pai/mãe ou tutor. Se for incapaz será representado por seu curador. Nesses casos, o representante legal assinará o contrato pela pessoa.

18. Quando a pessoa deve ser assistida e por quem?

A pessoa deve ser assistida quando tiver entre 16 anos completos e 18 anos incompletos. Será assistida pelo pai/mãe ou tutor. Nesse caso, o assistente (pai/mãe ou tutor) assina com a pessoa.

19. O analfabeto pode assinar contrato/documentos de inclusão/exclusão?

Não. O analfabeto, mesmo que tenha capacidade civil, em relação à celebração de contratos, devem ser observadas determinadas formalidades, pois a simples aposição de impressão digital no documento não constitui prova de que tenha ele (analfabeto) concordado com os termos do contrato. O analfabeto deve ser obrigatoriamente representado por procurador nomeado por instrumento público (procuração pública a rogo) para contratação do plano. Nesse caso, o procurador representa a pessoa analfabeta somente para assinar o contrato, mas ela (pessoa analfabeta) figura como contratante do plano e, conseqüentemente, responsável pelo seu pagamento.

20. A ANS possui alguma norma sobre a solicitação de documentos dos beneficiários?

Sim. A Resolução Normativa n.º 117/2005, que estabelece as informações e documentações mínimas a serem apresentadas pelos beneficiários na contratação do plano de saúde.

21. É necessário arquivar os documentos apresentados pelos beneficiários?

Sim. O art. 2º da RN n.º 117/2005 diz que além de manter as informações cadastrais dos beneficiários, a operadora deve ter a cópia dos documentos que comprovam as informações.

22. Além da carteira de identidade (RG), qual documento pode ser apresentado para identificar o beneficiário do plano de saúde?

De acordo com o art. 2º da Lei n.º 12.037/2009 a identificação pode ser atestada por qualquer dos seguintes documentos:

- Carteira de Trabalho (CTPS);
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- Passaporte emitido pela Polícia Federal;
- Carteira profissional, como da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB);
- Carteira de identificação funcional, como o CRM;
- Carteira de identificação militar ou qualquer outro documento público com foto.

23. E se o beneficiário for estrangeiro, que documento de identificação deve apresentar?

Se o beneficiário for estrangeiro deve apresentar o Registro Nacional de Estrangeiros (RNE), Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE) ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

24. Todos são obrigados a ter carteira de identidade?

Não. A Lei n.º 7.116/1983 que regulamenta a emissão da carteira de identidade não obriga

ninguém a ter o documento e não prevê idade mínima para sua confecção. Contudo, a carteira de identidade é o documento básico de identificação e por isso deve ser tirado o mais cedo possível. Além disso, é necessário ter o RG para poder solicitar outros tipos de documentos. Por fim, considerando que no âmbito das relações privadas vigora o princípio da autonomia da vontade, que permite ao particular fazer tudo o que não é proibido, ficando apenas restrito às proibições expressamente indicadas na lei, a partir de agora o RG será exigido para beneficiário **a partir de 14 anos de idade, seja ele titular ou dependente.**

25. No caso de menor de 14 anos que não tenha RG, que documento pode ser apresentado?

Nesse caso, deve ser apresentada a certidão de nascimento preferencialmente atualizada.

26. Toda pessoa é obrigada a estar inscrita no Cadastro de Pessoa Física (CPF) para contratar plano de saúde?

O CPF é obrigatório para os **beneficiários titulares** de plano de saúde, **independente da idade**. Se o beneficiário for **dependente o CPF é obrigatório a partir dos 18 anos**. A obrigação da inscrição no CPF é exigência da ANS e está prevista no §1º, do art. 16 da RN n.º 295/2012 que trata do SIB.

Já para a Receita Federal, caso o contribuinte queira incluir seu dependente na declaração de imposto de renda deverá registrá-lo no CPF caso o dependente tenha **8 anos ou mais, conforme estabelece Instrução Normativa RFB n.º 1.760/2017.**

A partir do **exercício de 2019**, estarão obrigadas a se inscrever no CPF as pessoas físicas que constem como dependentes para fins de imposto de renda, **independentemente da idade.**

Atualmente a Unimed exige o CPF a partir dos 12 anos de idade.

27. O estrangeiro também deve apresentar CPF?

Se for titular deve apresentar CPF independente da idade. Se for dependente, a partir dos 12 anos.

28. Como pode ser comprovada a inscrição no CPF?

São válidos como documento de comprovação de inscrição, desde que acompanhados de documento de identificação:

- O “Comprovante de Inscrição no CPF” impresso a partir do sítio da Receita Federal na Internet, no endereço <http://www.receita.fazenda.gov.br>, ou emitido pela entidade conveniada;
- Cartão CPF;

A comprovação também poderá ser feita por meio da menção do CPF na:

- Carteira de Identidade;

- Carteira Nacional de Habilitação;
- Certidão de Nascimento;
- Carteira de Trabalho e Previdência Social; Carteira de Identidade Profissional e;
- Carteiras Funcionais emitidas por órgãos públicos.

29. O que fazer quando a empresa não tiver comprovante de endereço?

Pode ser aceito comprovante de endereço no nome do sócio, desde que o mesmo endereço conste no cartão do CNPJ e contrato social/estatuto social.

30. O que deve ser exigido no caso de casamento realizado no estrangeiro?

Deve ser apresentada a **certidão de casamento traduzida por tradutor público juramentado.**

