



Manual Operacional

Garantir a entrada de um colaborador, ou de seu dependente, no plano de saúde é uma etapa importantíssima.

Alguns formulários são usados pelas operadoras para fazer a inclusão, a alteração de informações e a exclusão do colaborador e/ou de seu dependente. Assim, preparamos este manual para lhes apresentar todos os formulários que devem ser usados para fazer cada uma destas movimentações.

Seguir estas orientações é garantir, portanto, que não tenhamos problemas no futuro.

Termos de Movimentação

A Unimed possui os seguintes termos de movimentação, sendo que estes possuem objetivo para cada caso:

- **Inclusão Titular:** este termo é utilizado para fazer inclusão de titulares
- **Inclusão Dependente:** este termo é utilizado para fazer a inclusão de dependentes
- **Declaração de saúde:** este termo é utilizado para fazer a inclusão de uma vida fora do prazo de 30 dias iniciais ao fato que garantiu elegibilidade daquela vida (recém-contratado, recém-casado, recém-nascido, recém-adotado, recém declarados companheiros. Sobre este último item, destacamos que, para companheiros, é necessária a comprovação por meio de Escritura Pública de União Estável. E em casos em que a empresa não possui mais de 30 vidas no contrato, sendo necessário o cumprimento de carências.
- **Termo de exclusão Titular:** utilizado nas exclusões por motivos diferentes da RN 561 e demissão sem justa causa, é obrigatório o envio das páginas 1 e 2.
- **Termo de exclusão Titular Imediata RN 561:** este termo é utilizado naquelas situações em que se deseja realizar a exclusão imediata daquela vida. Nesta situação, o beneficiário não poderá fazer o aproveitamento das carências, caso ele deseje ingressar em outro plano e buscar esse aproveitamento, é obrigatório o envio da página 1.
- **Termo de exclusão Titular em caso de demissão sem justa:** utilizado nas exclusões por demissão sem justa causa e o funcionario contribuía com plano, desejando ou não a permanência conforme RN 488 da ANS. É obrigatório de todas as páginas caso o funcionario permaneça ou apenas as páginas 1,2 e 3 se não permanecer.
- **Termo de exclusão dependente:** este termo é utilizado nas exclusões de dependentes e toda exclusão de dependente é imediata.
- **Termo de transferência:** este termo é utilizado para realizar todas as transferências dentro do contrato, seja entre empresa, mudança de plano ou acomodação.
- **Carta de Cancelamento:** este termo é utilizado para cancelamento contratual de todo o CNPJ.



Termos Unimed Vitoria

Contratos x Plano ACS / Unimed Vitoria

ACE		ACS	
Contrato	Produto	Contrato destino	Produto
2864	Personal Smart empresarial	2822	Personal Ambulatorial
2860	Participativo Estadual Empresarial	2841	Personal Smart empresarial
2934	Premium Nacional Empresarial	2825	Participativo Estadual Empresarial
2863	Premium Nacional Empresarial	2833	Premium Nacional Empresarial
		2935	Vitoriamed
		2846	Perfil Regional Empresarial

Para movimentação de um beneficiário, seja titular ou dependente, devem ser preenchidos os seguintes documentos, conforme orientação abaixo. Este dossiê ser enviado por e-mail em formato PDF e com a melhor resolução possível. Não serão acatadas movimentações enviadas separadas ou fora do padrão informado. Os termos são documentos e precisam estar dentro dos parâmetros. Importante também se atentar aos documentos de cada processo.

1. Inclusão de Titular

As seguintes informações são obrigatórias:

Página 1

- ✓ Código do contrato (conforme tabela acima)
- ✓ Nome do Contratante (sempre será ACS-ES)
- ✓ Nome da Subestipulante (nome da empresa)
- ✓ Nome Completo (sem abreviações)
- ✓ Nome da Mãe
- ✓ Data de Nascimento
- ✓ Sexo
- ✓ Estado Civil
- ✓ CPF
- ✓ RG
- ✓ Endereço Residencial (completo, inclusive CEP)
- ✓ Telefone Celular
- ✓ E-mail
- ✓ Assinalar a condição de carência, conforme página 2 do termo (se a inclusão não se enquadra em PORTABILIDADE ou APROVEITAMENTO, deve ser assinalado CONDIÇÃO CONTRATUAL, marcar apenas uma opção. PORTABILIDADE apenas em condições que estão na regulamentação da ANS)
- ✓ Assinalar o plano conforme contrato
- ✓ Vigência: Se imediata, colocar 7 dias da data de envio. Se mensal, conforme calendário*

*Verificar Anexo neste manual sobre os prazos de vigência e calendário de movimentação

Página 2

- ✓ Informações sobre carencia e aproveitamento.

Página 3

- ✓ Assinar
- ✓ Data

TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO ESTÃO NO ANEXO DESSE MANUAL

2. Inclusão de dependente

Preenchimento obrigatório:

Página 1:

- ✓ Dados do proponente Titular (Nome, CPF)
- ✓ Nome dependente
- ✓ Data de Nascimento
- ✓ Sexo
- ✓ Estado Civil
- ✓ CPF
- ✓ Nome da Mãe
- ✓ Condição de carência
- ✓ Vigência: Se imediata, colocar 7 dias da data de envio. Se mensal, conforme calendário*

Página 2

- ✓ Informações sobre carência e aproveitamento.

Página 3

- ✓ Assinar ao final da página em Assinatura do Proponente Titular
- ✓ Data

TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO ESTÃO NO ANEXO DESSE MANUAL

3. Declaração de saúde

É necessário o envio das **6 páginas** e não pode haver rasuras no preenchimento. A declaração deve ser preenchida e assinada pelo titular e as informações devem ser verídicas.

Página 1

Capa da Declaração de Saúde

Página 2

Carta de orientação ao Beneficiário

Orientamos que faça a leitura dessa página.

Página 3

Em Beneficiário, preencher:

- ✓ Local e data
- ✓ Nome
- ✓ Município de residência



- ✓ E-mail
- ✓ Celular ou telefone
- ✓ Assinatura

Em intermediário entre a operadora e o beneficiário:

- ✓ Local e data
- ✓ Empresa ou Corretor
- ✓ Nome
- ✓ CPF ou CNPJ da empresa
- ✓ Assinatura

Página 4

Declaração de saúde

Preencher para todos os beneficiários que ingressaram no plano:

- ✓ Assinalar Coletivo Empresarial/Coletivo Adesão
- ✓ Nome do plano (Conforme contrato)
- ✓ Contratante: (empresa ou ACS)
- ✓ Código do contrato (conforme plano)
- ✓ Nome completo do proponente titular
- ✓ Celular
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Altura
- ✓ Peso
- ✓ IMC (calcular IMC e passar de 30,0 deve ser preenchido na página 6 em Análise da declaração de saúde: Descrição: Obesidade – CID E66 – Proponente: Titular ou dependente)
- ✓ Responder ao questionário de saúde, questões 1 a 8 nessa página
- ✓ Rubricar ao final da página.

Página 5

- ✓ Responder ao questionário de saúde, questões 9 a 21 nessa página
- ✓ Rubricar ao final da página.

Página 6

Em caso de resposta afirmativa em qualquer das perguntas das páginas 4 e 5, justificar no quadro informando:

- ✓ Item
- ✓ Subitem
- ✓ Proponente (titular ou dependente)
- ✓ Especificação (especificar a doença, tratamento)
- ✓ Período da doença (ano do diagnóstico)
- ✓ Marcar em dispensa a presença do médico

Caso queira responder na presença de um médico, só informar para agendamento da entrevista médica qualificada.



- ✓ Análise da Declaração de saúde: preencher os itens com a informação de CID, conforme enunciado no termo.
- ✓ Assinar em Assinatura do beneficiário.
- ✓ Data

TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO ESTÃO NO ANEXO DESSE MANUAL

4. Exclusão Titular (todos os casos)

Preenchimento obrigatório

Página 1

Dados do Contratante/ Titular

- ✓ Contratante: (nome da empresa)
- ✓ Nome do Titular
- ✓ CPF do titular
- ✓ Número do cartão (verificar no portal empresa ou carteirinha do funcionario)
- ✓ Telefone (Obrigatório)
- ✓ E-mail (obrigatório)

MOTIVO DE EXCLUSÃO

Neste item, preencher de acordo com o fator motivacional de exclusão, sendo:

Opção A: Iniciativa do Beneficiário: quando assinalada essa opção o termo deve ser preenchido e assinado pelo beneficiário e a assinatura deve ser idêntica ao termo enviado.

Essa exclusão é imediata e processada quando recebimento está da forma correta, se não houver pendencias, a data informada no termo é a data acatada.

Para essas exclusões, enviar para o e-mail: exclusaoimediate@aces.org.br*

***Esse e-mail é apenas para esse tipo de movimentação, demais movimentações enviadas serão desconsideradas e não serão encaminhadas. O envio a todos os canais causa congestionamento nos canais de atendimento.**

Opção B: Pedido de demissão. Caso a empresa não encontre o funcionário, pode ser feito o envio da Declaração de ausência do funcionário.

Essa exclusão segue o Calendário de Movimentação, ou seja: enviados até o dia 10 do mês vigente a exclusão será processada para o último dia do mesmo mês. Ex.: termo enviado até o dia 10/05/2024, exclusão em 31/05/2024. Termo enviado no dia 11/05/2024, exclusão dia 30/06/2024.

Opção D: Demissão sem justa causa: quando assinalada essa opção o termo deve ser assinado pelo funcionário. Se assinalada essa opção é obrigatório as informações em INFORMAÇÕES OBRRIGATORIAS:

- ✓ Data de rescisão do contrato de trabalho: colocar data de rescisão conforme baixa na carteira de trabalho.
- ✓ O Ex-empregado contribuía com o plano de saúde? (sim ou não)

Se o funcionario contribuía com o plano, preencher:



- ✓ Tempo de contribuição na Unimed Vitoria
- ✓ Tempo de contribuição em outra operadora (se for o caso) e informe a operadora
- ✓ Permanência no plano de inativos: optou ou recusou em manter o plano.

Essa exclusão segue o Calendário de Movimentação, ou seja: enviados até o dia 10 do mês vigente a exclusão será processada para o último dia do mesmo mês. Ex.: termo enviado até o dia 10/05/2024, exclusão em 31/05/2024. Termo enviado no dia 11/05/2024, exclusão dia 30/06/2024.

A assinatura deve ser feita conforme informado acima e data.

Página 2

Comunicado de exclusão e do direito a portabilidade de carências.

- ✓ Assinalar o formato de demissão em: A exclusão do plano de saúde foi solicitada pelo seguinte motivo.
- ✓ Ciente (colocar a data)
- ✓ Assinatura do titular do plano
- ✓ Nome completo
- ✓ Código do plano: número da carteirinha.

Página 3

Termo de ciência do direito de permanência

Esse termo não deve ser usado para empresas que pagam 100% da mensalidade do Titular, caso a empresa não arque com 100% deverá ser assinado pela empresa e pelo funcionário.

Deve ser assinado pela empresa e pelo titular.

Preenchimento obrigatório:

Assinatura da empresa

- ✓ Local e data
- ✓ Assinatura e carimbo da empresa
- ✓ Nome
- ✓ Cargo

Assinatura do titular

- ✓ Ciente (data)
- ✓ Assinatura do titular
- ✓ Nome completo
- ✓ Número do cartão (carteirinha)

Página 4

Termo de opção e manutenção no Plano de Saúde como Inativo

O envio dessa página será necessário apenas se houver o desejo de manutenção do plano do funcionario demitido.

Preencher os itens obrigatórios:

- ✓ É obrigatório o preenchimento de todos os itens dos **DADOS DO TITULAR QUE PERMANECERÁ NO PLANO.**
- ✓ Se houver dependentes e opção for pela permanência, também dos dependentes, preenchimento obrigatório dos itens em **BENEFICIÁRIO DEPENDENTES QUE PERMANECERÃO NO PLANO**
- ✓ É obrigatório o preenchimento de todos os itens dos **ENDEREÇO DO TITULAR PARA ENVIO DA COBRANÇA DA MENSALIDADE (CONFORME COMPROVANTE DE ENDEREÇO)**
- ✓ Assinatura do titular ou da empresa sob carimbo.
- ✓ Data

Página 5

Declaração do Beneficiário

O envio dessa página será necessário apenas se houver o desejo de manutenção do plano do funcionario demitido.

- ✓ Apenas fazer a leitura e assinatura em assinatura do beneficiário titular.
- ✓ Data

5. Termo de transferência (todos os casos)

Sempre obrigatório o preenchimento início de vigência, nome e CPF.

Transferência segue o Calendário de Movimentação, ou seja: enviados até o dia 10 do mês vigente a transferência será processada para o primeiro dia do mês seguinte. Ex.: termo enviado até o dia 10/05/2024, exclusão em 01/06/2024. Termo enviado no dia 11/05/2024, exclusão dia 01/07/2024.

Para transferências de plano onde ainda não há o plano desejado no contrato, será necessário o processo de abertura de lotação (empresa), esse processo tem prazo mínimo de efetivação de 20 dias. A transferência só será realizada quando a abertura for finalizada. Importante se atentar aos prazos.

Transferência de contrato:

- ✓ Empresa origem (empresa que o beneficiário está cadastrado hoje)
- ✓ CNPJ origem (empresa que o beneficiário está cadastrado hoje)
- ✓ Código do contrato origem (conforme tabela, código atual)
- ✓ Empresa destino (empresa que o beneficiário será cadastrado, em casos apenas de mudança de plano, informar novamente a empresa)
- ✓ CNPJ destino (empresa que o beneficiário será cadastrado, em casos apenas de mudança de plano, informar novamente a empresa)
- ✓ Código do contrato destino (se for apenas uma mudança de empresa, mantém o contrato, se for uma mudança de plano, colocar o contrato do respectivo plano).

Transferência de lotação

- ✓ Lotação de origem (empresa que o beneficiário está cadastrado hoje)
- ✓ CNPJ origem (empresa que o beneficiário está cadastrado hoje)



- ✓ Código do contrato origem (conforme tabela, código atual)
- ✓ Código lotação de origem (esse código é informado pela ACS)
- ✓ Lotação de destino (empresa que o beneficiário será cadastrado, em casos apenas de mudança de plano, informar novamente a empresa)
- ✓ CNPJ destino (empresa que o beneficiário será cadastrado, em casos apenas de mudança de plano, informar novamente a empresa)
- ✓ Código do contrato destino (se for apenas uma mudança de empresa, mantém o contrato, se for uma mudança de plano, colocar o contrato do respectivo plano).
- ✓ Código lotação de destino (esse código é informado pela ACS)

Transferência de acomodação

- ✓ Assinalar a opção de acomodação

Para todos os casos informar o plano origem (atual) e o plano destino (novo) e nº de registro, conforme abaixo:

- PARTICIPATIVO ESTADUAL SOS - ENFERMARIA [476.707/16-1]
 - PARTICIPATIVO ESTADUAL SOS - APARTAMENTO [475.371/16-2]
 - PREMIUM NACIONAL SOS - ENFERMARIA [476.636/16-9]
 - PREMIUM NACIONAL SOS - APARTAMENTO [476.637/16-7]
 - PERSONAL SMART - ENFERMARIA [483.442/19-9]
 - PERFIL REGIONAL SOS – ENFERMARIA [485.100/20-5]
 - PERFIL REGIONAL SOS - APARTAMENTO [485.101/20-3]
- ✓ O titular deve assinar conforme documento
 - ✓ Data

O TERMO DE TRANSFERENCIA DEVE SER PREENCHIDO EM TODOS OS ITENS ACIMA, INDIFERENTE DA SOLICITAÇÃO.

6. Modelo de carta de cancelamento

Essa carta é utilizada apenas para cancelamento do contrato da empresa subestipulante, deve ser preenchido todos os itens marcados em vermelho. Apenas será acatado o cancelamento que a carta estiver devidamente preenchida e assinada. Não é possível proceder com cancelamento imediato de contrato, para essa opção de cancelamento imediato deve ser usado o formulario de exclusão, acima apresentado.

Esse cancelamento segue o Calendário de Movimentação, ou seja: enviados até o dia 10 do mês vigente a exclusão será processada para o último dia do mesmo mês. Ex.: termo enviado até o dia 10/05/2024, exclusão em 31/05/2024. Termo enviado no dia 11/05/2024, exclusão dia 30/06/2024.



Documentação obrigatória

A documentação listada abaixo é obrigatória e não enviar gera pendências na sua movimentação, atrasando todo o processo.

Inclusão Titular:

- ✓ Termo de inclusão Titular da Unimed assinado
- ✓ Declaração de Saúde (quando for necessário)
- ✓ Comprovante de vínculo com a empresa, podendo ser: Relatório do FGTS com Guia Emitida, CTPS Digital, Ficha de registro assinada pelo funcionario e assinatura da empresa sob carimbo.
- ✓ CPF/RG ou CNH
- ✓ Comprovante de endereço em nome do Titular ou parente de primeiro grau
- ✓ Para aproveitamento de carência:
 - Unimed Vitória para Unimed Vitória: Declaração de permanência da Unimed Vitória
 - Outras operadoras: cópia da carteirinha, declaração de tempo de permanência, caso na declaração não tenha a informação de adimplência, deve ser enviado os três últimos boletos pagos
- ✓ Portabilidade:
 - Carta de portabilidade da operadora atual
 - Guia de compatibilidade da ANS (<https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/pages/inicial.xhtml>)
 - Carteirinha do plano atual
 - Três últimos boletos, caso a informação não esteja na carta.

Inclusão Dependente

- ✓ Termo de inclusão Titular da Unimed assinado
- ✓ Declaração de Saúde (quando for necessário)
- ✓ Comprovante de vínculo com o titular, sendo aceitos:
 - Para cônjuges: certidão de casamento ou escritura pública de união estável
 - Para filhos: certidão de nascimento ou RG, declaração escolar se a idade for superior a 18 anos.
 - Para enteados: certidão de casamento dos pais/padrastos, certidão de nascimento do enteado.
 - Para Netos: certidão de nascimento
- ✓ Cartão de vacina com informação da data da alta ou alta da maternidade para crianças com idade entre 31 dias e 2 anos completos
- ✓ CPF/RG ou CNH (quando já tiver)

Exclusão por RN 561

- ✓ Termo de exclusão assinado e preenchido
- ✓ Documento que comprove a assinatura



Exclusão por pedido de demissão ou demais motivos, exceto RN 561 e demissão sem justa causa

- ✓ Termo de exclusão assinado e preenchido, conforme indicação no manual.

Exclusão por demissão sem justa causa, sem permanência no plano:

- ✓ Termo de exclusão assinado e preenchido, conforme indicação no manual.

Exclusão por demissão sem justa causa, com permanência no plano:

- ✓ Termo de exclusão assinado e preenchido, conforme indicação no manual.
- ✓ CPF/RG ou CNH
- ✓ Rescisão de contrato de trabalho assinada.
- ✓ Comprovante de endereço em nome do Titular ou parente de primeiro grau
- ✓ E se a permanência for com dependentes, documentos dos dependentes e comprovante de vínculo do Dependente.

Transferências

- ✓ Termo de transferência devidamente preenchido e assinado
- ✓ Comprovante de vínculo com a empresa, podendo ser: Relatório do FGTS com Guia Emitida, CTPS Digital, Ficha de registro assinada pelo funcionario e assinatura da empresa sob carimbo.

Em casos em que o contrato não está ativo no CNPJ, necessário proceder com a abertura de lotação (empresa) ao plano (contrato) desejado, assim, será preciso enviar os documentos da empresa (CNPJ, Contrato Social, Relatório do FGTS, documento do responsável pela empresa) e termo de adesão empresa (solicitar no e-mail comercialunimed@acs-es.org.br)

Calendário de Movimentação

Também é muito importante, além do correto preenchimento dos termos da Unimed, que se atenha ao Calendário de Movimentação.

Existem datas limites que devem ser respeitados, para que cada lançamento tenha sua ação em determinado prazo:

Para inclusão:

A inclusão é imediata e, em caso de não haver pendência, gera-se o código em 7 dias uteis; se houver pendência, o código é gerado 7 dias uteis após resolução daquela pendência.

Obs.: na inclusão imediata, gera-se a cobrança em regime de pró-rata; calcula-se do número de dias à qual o beneficiário ficou coberto e cobra-se a mensalidade proporcionalmente.

As inclusões encaminhadas até o dia 10 serão faturadas para a fatura do mês seguinte e as inclusões encaminhadas depois do dia 10 serão faturadas para a fatura do segundo mês seguinte.



As inclusões mensais, aquelas que com envio da Declaração de Saúde, segue ao calendário de movimentação, ou seja, movimentações enviadas até o dia 10 do mês o início de vigência será no primeiro dia do mês seguinte.

Para exclusões:

A exclusão ocorre em caráter mensal: todas as solicitações de exclusão devem ser realizadas até o dia 10 do mês corrente.

Com este fluxo, as movimentações enviadas dentro do prazo serão efetivadas de tal maneira que o beneficiário seja excluído no último dia do mês corrente, não figurando na fatura a partir do mês seguinte.

Para alterações:

As alterações apresentam as mesmas condições do definido em “Para exclusões”, com a diferença, claro, que não haverá a exclusão do beneficiário e no mês seguinte a fatura retratará o movimento realizado.