

Ana Costa Saúde

**Informações
importantes**

Contrato Empresarial PME I



Versão 06/2024

Sumário interativo

Clique nos assuntos que deseja saber mais para navegar nos conteúdos.

Se preferir, siga o fluxo original para ver o conteúdo completo.

Você pode sempre retornar para o sumário interativo clicando no ícone **MENU** no final da página.

Use as setas para avançar ou retornar uma página.

- 1** Orientações Gerais ao Gestor PME
- 2** Inclusão de funcionário/ dependente
- 3** Exclusão de funcionário/ dependente
- 4** 2ª via de boleto
- 5** Fatura e relatórios financeiros
- 6** Rede credenciada
- 7** Carteirinha/ Credencial
- 8** Alteração de endereço
- 9** Alteração de vencimento
- 10** Cancelamento do Contrato
- 11** Canais de atendimento



1 Orientações Gerais ao Gestor PME

Nesta sessão você encontrará informações gerais sobre como você pode acessar nossa Central de Atendimento ao Gestor PME.

MENU



Orientações

Em nossa nova Central de Atendimento ao Gestor PME, você poderá encontrar orientações sobre seu contrato, tirar dúvidas sobre movimentação cadastral, solicitar cópia de faturas e notas fiscais.



Central de Atendimento ao Gestor PME
3202-1660



Pontos de atenção

Devido a LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados, as informações somente serão transmitidas para o representante legal ou responsável pela empresa que possa confirmar na ligação gravada dados como: CNPJ, data de vencimento, razão social ou outros.

MENU



2 Inclusão de funcionário/ dependente

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Incluir novo funcionário (titular);
- Incluir novo dependente.

MENU



Pontos de atenção

- Podem ingressar no contrato empresarial como titular: o representante legal, sócios, colaboradores (funcionários) registrados, estagiários e menores aprendizes;
- Podem ingressar no contrato empresarial como dependente: Cônjuge, companheiro (a), filhos solteiros até 24 anos, tutelados solteiros até 24 anos;
- Para fazer a inclusão de novos beneficiários no plano de saúde você deverá enviar os formulários de inclusão e os documentos necessários para o e-mail: movimentacao.pj@anacostasaude.com.br ;
- Você pode encontrar os formulários de inclusão acessando o portal (site) do Ana Costa Saúde <http://anacostasaude.com.br/servicos.php> ou solicitando através de nossa Central de Atendimento ao Gestor PME: 3202-1660;
- Nossos e-mails somente recebem mensagens em que os arquivos anexos somem até **05 MB**, se atente à esta informação ao enviar os formulários e documentos para inclusão. Caso seja necessário, poderá enviar os documentos em mais de 01 mensagem;
- O prazo para análise da documentação e cadastro em sistema é de **48h (2 dias úteis)**;
- Caso haja alguma pendência na documentação, você receberá por e-mail com a informação do que deve corrigir e terá **48h (2 dias úteis)** para a correção;
- Caso a pendência não seja sanada em **48h (2 dias úteis)** a documentação será descartada e você deverá enviar nova solicitação contendo a documentação anteriormente enviada com as suas devidas correções.



Pontos de atenção

O plano de saúde opera por sistema pré-pagamento e seu contrato empresarial possui um período de cobertura específico, de acordo com a sua data de vencimento. Se a inclusão do beneficiário for processada fora do período de cobertura e de fechamento da nota fiscal, haverá cobrança de *pro rata*.

Segue exemplo de cobrança de *pro rata*

- *Data de fechamento da nota fiscal: 04;*
- *Data de vencimento: 16;*
- *Cobertura de atendimento: 16 a 15;*
- *Data do envio da inclusão: 10/04;*
- *Inclusão processada em: 10/04;*
- *Nota fiscal emitida em 04/04 para vencimento 16/04, com isso teremos o valor de cobrança de pro rata no próximo vencimento referente ao período de 10/04 a 15/05, ou seja, +36 dias;*
- *Valor da mensalidade: R\$ 100,00;*
- *Valor por dia: R\$ 3,33;*
- *Valor por dia (R\$ 3,33) x 36 dias = R\$ 120,00;*
- *Valor que será cobrado na fatura de vencimento 16/05: R\$ 120,00 + mensalidade 052021*

Obs.: o cálculo da *pro rata* tem como base a quantidade de dias do mês vigente, ou seja, no mês de março, por exemplo, o cálculo será realizado considerando 31 dias.

MENU



Documentos para inclusão

Formulários
ANA COSTA

EMPRESA ATÉ 29 VIDAS:

- Proposta contratual para beneficiários Pessoa Jurídica - preenchida e assinada;
- Declaração de Saúde para beneficiários Pessoa Jurídica - preenchida e assinada.

Formulários
ANA COSTA

EMPRESA DE 30 A 99 VIDAS:

- Proposta contratual para beneficiários Pessoa Jurídica - preenchida e assinada; OU
- Ficha de Implantação Eletrônica (excel) preenchida;
- Declaração de Saúde para beneficiários Pessoa Jurídica - preenchida e assinada.

OBS.: Não é necessário envio/ preenchimento quando a inclusão estiver dentro dos 30 dias de admissão do colaborador (enquanto a empresa estiver com mais de 30 beneficiários ativos - RN 195/ ANS).

MENU



Documentos para inclusão

Documentos necessários quando há a inclusão de:

- **Titular (funcionário):**
 - ✓ RG e CPF;
 - ✓ Comprovante de vínculo empregatício: Carteira de Trabalho Digital Completa ou E-Social Completo;
- **Dependente filho:**
 - ✓ Filhos até 13 anos: RG ou certidão de nascimento;
 - ✓ Filhos de 13 a 21 anos: RG e CPF;
 - ✓ Filhos de 21 a 24 anos (somente para universitários): RG e CPF + declaração de matrícula da Universidade*.
- **Dependente cônjuge:**
 - ✓ RG e CPF;
 - ✓ Certidão de casamento;
- **Dependente companheiro:**
 - ✓ RG e CPF;
 - ✓ Escritura Pública de União Estável Emitida pelo Cartório

***Obs.:** se o seu contrato empresarial foi celebrado após 2017, não é necessário a apresentação da declaração de matrícula da Universidade.

MENU



Preenchendo os formulários

Proposta contratual para beneficiários Pessoa Jurídica

- ▶ Dados da empresa contratante: preencher com o CNPJ, Razão Social e Nome Fantasia de sua empresa;
- ▶ Plano de Assistência Médica:
 - Código do produto: código do seu contrato com 04 dígitos. Exemplo: AB01;
 - Nome do produto: padrão de conforto/acomodação. Exemplo: Enfermaria, Standard, Apartamento, Master;
- ▶ Dados do titular beneficiário: dados de seu colaborador/ funcionário;
- ▶ Endereço residencial: endereço de seu colaborador/ funcionário;
- ▶ Assinatura do representante da empresa: assinatura do RH ou representante legal da empresa;
- ▶ Rubrica do proponente responsável: assinatura de seu colaborador/ funcionário.

		Proposta Contratual para Beneficiários Pessoa Jurídica		Contrato nº	Nº da Proposta Contratual		
Avenida Ana Costa, 448 – Sorocaba – Santos – SP – 13040-000 – CNPJ: 00.864.384/0001-45				Lei nº 9.656, de 3/6/1998			
Folha 1/2							
Para qualquer informação, ligue: (13) 3285-1200							
Dados da Empresa Contratante*							
CNPJ		Razão Social					
Continuação (Razão Social)							
Nome Fantasia							
Plano de Assistência Médica							
Código do Produto		Nome do Produto					
Dados do Titular Beneficiário							
CPF do Titular*		Nome Completo e sem Abreviações*					
Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)							
Nº Cartão Nacional de Saúde		Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2000)					
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Titular*							
PRC JR	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> solteiro	<input type="checkbox"/> casado	<input type="checkbox"/> separado	<input type="checkbox"/> viúvo	<input type="checkbox"/> divorciado	<input type="checkbox"/> outros
Data de Nascimento*	Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Haverá Inclusão de Dependentes no Contrato?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Endereço Residencial*							
CEP		Lagradouro					
Lagradouro (continuação)		Número		Complemento			
Bairro		Município		UF			
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular	DDD	Telefone Comercial	Ramal	
E-mail*							
*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).							
Assinatura do Representante da Empresa Contratante				Rubrica do Proponente Responsável			
3ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.							

MENU



Preenchendo os formulários

Proposta contratual para beneficiários Pessoa Jurídica

- ▶ Dados dos dependentes/ beneficiários: dados dos dependentes de seu colaborador/ funcionário. **OBS.:** caso não haja inclusão de dependentes, deixar os quadros em branco e assinar a declaração no final da página;
- ▶ Assinatura do representante da empresa: assinatura do RH ou representante legal da empresa;
- ▶ Rubrica do proponente responsável: assinatura de seu colaborador/ funcionário.

Mesmo quando não há a inclusão de dependentes é obrigatório o envio da página 2 da Proposta contratual para beneficiários Pessoa Jurídica

Proposta Contratual para Beneficiários Pessoa Jurídica		Contrato nº	Nº da Proposta Contratual
Lei nº 9.656, de 3/6/1998		Folha 2/2	
Dados dos Dependentes/Beneficiários			
1	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)		
	Nº Cartão Nacional de Saúde		Nº Declaração de Nascimento Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
	PRC JR	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros
	Data de Nascimento*	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha <input type="checkbox"/> outros
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*		
	E-mail*		
2	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)		
	Nº Cartão Nacional de Saúde		Nº Declaração de Nascimento Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
	PRC JR	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros
	Data de Nascimento*	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha <input type="checkbox"/> outros
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*		
	E-mail*		
3	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)		
	Nº Cartão Nacional de Saúde		Nº Declaração de Nascimento Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
	PRC JR	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros
	Data de Nascimento*	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha <input type="checkbox"/> outros
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*		
	E-mail*		
<small>*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).</small>			
<small>Declarações de Ciência 1) Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com seus termos e, portanto, passo a assinar a presente proposta contratual. 2) Declaro que tenho ciência de que o rede credenciada contratada definido pelo tipo de plano contratado e suas atualizações estarão disponíveis no site www.ans.gov.br. 3) Declaro que tenho ciência de que o Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.ans.gov.br. 4) Declaro que tenho ciência de que os procedimentos que necessitam de autorização prévia e as normas administrativas para sua solicitação de cobertura estão disponíveis no site www.ans.gov.br. 5) Tenho ciência de que o Guia de Leituras Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular e estará disponível no site da operadora para qualquer necessidade de consulta. 6) Declaro que a Ana Costa Saúde apresenta-se como primeira opção de contratação o Plano Referência, que possui, entre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermiário e a cobertura integral para todos os eventos não prestativas caracterizadas nos termos da Lei nº 9.656/98 como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual.</small>			
Assinatura do Representante da Empresa Contratante		Rubrica do Proponente Responsável	
		3ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.	

MENU



Preenchendo os formulários

Declaração de Saúde para beneficiários Pessoa Jurídica

- ▶ Folha 1/4 - Rubrica do proponente responsável: assinatura de seu colaborador/ funcionário;
- ▶ Folha 2/4 - Intermediário entre a operadora e o beneficiário: nome, CPF e assinatura do RH ou representante legal da empresa;
- ▶ Folha 2/4 - Assinatura do Proponente Responsável: nome, CPF e assinatura de seu colaborador/ funcionário.

 Declaração de Saúde para Beneficiários Pessoa Jurídica

Lei nº 9.656, de 3/6/1998

Nº da Proposta Contratual

Folha 2/4

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo à ANS, denunciando a omissão da informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **rescindir** o contrato por **fraude** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso ocorram, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária (CPT) **não** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

Para consultar a lista completa de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – **www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário**.

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Assinatura do Proponente Responsável

Local: _____ / Data: _____

Local: _____ / Data: _____

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Nome legível, assinatura e CPF

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.

Folha 1/4

Substituição que regula as atividades das tem como missão defender o interesse chimento da Declaração de Saúde.

Saúde no qual o beneficiário, ou seu preexistentes de que saiba ser portador seu preenchimento, o beneficiário tem redenciado/referenciado pela operadora. custo dessa opção.

nente, consulta médicos por problema de identificou alguma doença ou lesão, esteve **ssa doença ou lesão**.

ENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR

e saúde. Caso isso ocorra, encaminhe

arcial Temporária (CPT), podendo ainda ide pago ao plano privado de assistência a após os prazos de carência contratuais.

s, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade xidade (PAC – tomografia, ressonância, a ou lesão declarada, até 24 meses, lo máximo de 24 meses da assinatura plano contratado.

, internações não cirúrgicas, exames e io que relacionados à doença ou lesão rência estabelecidos no contrato.

o na Declaração de Saúde por parte

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.

Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.

MENU



Preenchendo os formulários

Declaração de Saúde para beneficiários Pessoa Jurídica

- ▶ Folha 3/4 - nome completo do titular: nome completo de seu colaborador/funcionário;
- ▶ Folha 3/4 - nome dos dependentes: preencher a ordem dos dependentes (dependente 1, dependente 2, dependente 3) semelhantemente ao preenchido na proposta contratual;
- ▶ Responda “sim” ou “não” para os beneficiários à serem inclusos no quadro da folha 3/4 de acordo com a ordem anterior;
- ▶ Folha 3/4 - Rubrica do proponente responsável: assinatura de seu colaborador/funcionário.

 **Declaração de Saúde para Beneficiários Pessoa Jurídica**

Lei nº 9.656, de 3/6/1998

Nº da Proposta Contratual

Folha 3/4

Nome Completo do Titular

Nome do Dependente 1

Nome do Dependente 2

Nome do Dependente 3

Declaração de Saúde 1 Declaro que tenho ciência de que esta declaração de saúde é parte integrante da Proposta Contratual e do Contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar Pessoa Jurídica Supramencionados. 2 No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. 3 A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. 4 Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é oferecida, pela Ana Costa Saúde, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. 5 Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento. 6 A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, V.Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Quadro I – Declaração de Saúde

	PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	RESPONDA ESCRIVENDO "SIM" ou "NÃO"			
		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênicas, entre outras).				
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).				
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).				
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênicas do sistema nervoso, entre outras).				
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).				
6	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênicas e fraturas de repetição, entre outras).				
7	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).				
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).				
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.				

Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.

ANS nº 36.021/4

MENU



Preenchendo os formulários

Declaração de Saúde para beneficiários Pessoa Jurídica

- ▶ Folha 4/4 - quadro II: caso tenha preenchido algum item como “sim” na folha 3/4, especificar neste quadro com as informações solicitadas;
- ▶ Folha 4/4 - quadro III: preencher com peso e altura do titular e seus dependentes (caso houver);
- ▶ Informar: local e data da assinatura da Declaração de Saúde;
- ▶ Rubrica do proponente responsável: assinatura de seu colaborador/funcionário.



Declaração de Saúde para Beneficiários Pessoa Jurídica

Lei nº 9.656, de 3/6/1998

Nº da Proposta Contratual

Folha 4/4

Quadro II – Esclarecimentos Complementares
Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido sim ou qualquer outra doença que não se **encontre listada no Quadro I**, para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Benef.	Data do evento	Esclarecimentos

Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
Peso				
Altura				

Quadro IV – Entrevista Qualificada
(A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.)

1 Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

2 Declaro que fui orientado por médico credenciado da Ana Costa Saúde no preenchimento desta Declaração de Saúde.

3 Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da Ana Costa Saúde informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Local e Data _____ Assinatura do Proponente Responsável _____

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.

ANS-36.024-4

MENU



3 Exclusão de funcionário/ dependente

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Excluir titular por demissão;
- Excluir titular por motivo particular, financeiro ou óbito;
- Excluir dependentes.

MENU



Pontos de atenção

- Para fazer a exclusão de beneficiários no plano de saúde você deverá enviar os formulários de exclusão e os documentos necessários para o e-mail: movimentacao.pj@anacostasaude.com.br ;
- Você pode encontrar os formulários de exclusão acessando o portal (site) do Ana Costa Saúde <http://anacostasaude.com.br/servicos.php> ou solicitando através de nossa Central de Atendimento ao Gestor PJ: 3202-1660;
- Nossos e-mails somente recebem mensagens em que os arquivos anexos somem até **05 MB**, se atente à esta informação ao enviar os formulários e documentos para exclusão. Caso seja necessário, poderá enviar os documentos em mais de 01 mensagem;
- O prazo para análise da documentação e processamento da exclusão em sistema é de **48h (2 dias úteis)**;
- Caso haja alguma pendência na documentação, você receberá por e-mail a informação do que deve corrigir e terá **48h (2 dias úteis)** para a correção;
- Caso a pendência não seja sanada em **48h (2 dias úteis)** a documentação será descartada e você deverá enviar nova solicitação contendo a documentação anteriormente enviada com as suas devidas correções.



Pontos de atenção

O plano de saúde opera por sistema pré-pagamento e seu contrato empresarial possui um período de cobertura específico, de acordo com a sua data de vencimento. Se a exclusão do beneficiário for processada fora do período de cobertura e de fechamento da nota fiscal, haverá crédito de *pro rata*.

Segue exemplo de crédito de *pro rata*

- *Data de fechamento da nota fiscal: 04;*
- *Data de vencimento: 16;*
- *Cobertura de atendimento: 16 a 15;*
- *Data do envio da exclusão: 10/04;*
- *Exclusão processada em: 10/04;*
- *Nota fiscal emitida em 04/04 para vencimento 16/04, referente a cobertura de 16/04 a 15/05. Com isso teremos o valor de crédito de pro rata no próximo vencimento referente ao período de 11/04 a 15/05, ou seja, 35 dias;*
- *Valor da mensalidade: R\$ 100,00;*
- *Valor por dia: R\$ 3,33;*
- *Valor por dia (R\$ 3,33) x 35 dias = R\$ 116,55;*
- *Valor que será creditado na fatura de vencimento 16/05: (-) R\$ 116,55*

Obs.: o cálculo da *pro rata* tem como base a quantidade de dias do mês vigente, ou seja, no mês de março, por exemplo, o cálculo será realizado considerando 31 dias.

MENU



Plano de extensão - RN 488/2022

- Esta Resolução Normativa da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar regulamenta o direito da manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram com o pagamento de sua mensalidade do plano de saúde;
- O beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar **TEM DIREITO** a manter o plano de saúde oferecido pela empresa se contribuiu para o pagamento do plano de saúde;
- O beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial que pediu demissão ou que não contribuía com o pagamento do plano de saúde **NÃO TEM DIREITO** a manter o plano de saúde oferecido pela empresa;
- Ao optar pela permanência no plano de saúde de sua empresa, o ex-empregado deverá assumir integralmente o pagamento do plano;
- Para o ex-empregado demitido: poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total de pagamento do plano de saúde, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de dois anos;
- Para o ex-empregado aposentado: poderá permanecer no plano por um ano para cada ano em que ficou vinculado ao plano de saúde da empresa. Para o aposentado com mais de 10 anos de contribuição, poderá permanecer no plano de saúde enquanto a empresa mantiver o contrato para os empregados ativos.



Documentos para exclusão

Exclusão de titular

- **Por demissão:**
 - Anexo III - Formulário para Exclusão de Beneficiário: preenchido e assinado;
 - Carta de Concessão da Aposentadoria: somente quando o colaborador demitido optar pela continuidade no plano de extensão e for aposentado na empresa;
- **Por desistência (quando o colaborador continuar trabalhando, mas não tem interesse em continuar no plano de saúde):**
 - Anexo III - Formulário para Exclusão de Beneficiário: preenchido e assinado;
- **Por óbito do titular:**
 - Anexo III - Formulário para Exclusão de Beneficiário: preenchido e assinado;
 - Certidão ou Declaração de Óbito.

Exclusão somente de dependente

- Anexo IV - Ofício de exclusão de Dependente;
- Certidão ou Declaração de Óbito: quando exclusão de dependente por óbito.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

Formulário de movimentação cadastral para exclusão de beneficiário e informações sobre o ex-empregado para fins dos arts. 11 e 12 da resolução normativa nº 488/22 da ANS.

ANS - nº 36.024-4

* Preenchimento obrigatório pela empregadora	
Razão social da empresa	Número do contrato
Nome do beneficiário	
Número do beneficiário de saúde	CPF

Itens marcados como *
são de preenchimento
obrigatório

- ▶ Inserir: razão social (nome da empresa) *
- ▶ Inserir: número do contrato (código: 04 dígitos que inicia com letra. Exemplo: AB01) *
- ▶ Inserir: nome do beneficiário e número de CPF (do seu colaborador titular) *
- ▶ Inserir: número do beneficiário (número da matrícula).

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

Itens marcados como *
são de preenchimento
obrigatório

*MOTIVO DO CANCELAMENTO (EXCLUSÃO)			
<input type="checkbox"/> Pedido de demissão (empregado) ou exoneração (funcionário)	<input type="checkbox"/> Demissão/exoneração sem justa causa	<input type="checkbox"/> Demissão por justa causa	
<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Óbito do titular	<input type="checkbox"/> Desistência do plano	<input type="checkbox"/> Transferência entre filiais
<input type="checkbox"/> Extinção por acordo entre empregado e empregador. Art. 484-A da CLT		<input type="checkbox"/> Término de contrato de trabalho/estágio	
* Se demitido ou exonerado sem justa causa, informar a data da demissão/exoneração		____/____/____	
Se aposentado, informar a data da concessão da aposentadoria		____/____/____	

Se o motivo da exclusão for: desistência do plano ou óbito do titular, a empresa pode “pular” para a página das assinaturas. Não será necessário preencher mais dados.

- ▶ Assinalar: motivo da exclusão *
- ▶ Se exclusão por demissão: informar a data da demissão *
- ▶ Se titular aposentado: informar a data da concessão da aposentadoria * **(não é obrigatório se titular não foi aposentado na empresa)**

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

* O ex-empregado contribuiu em algum momento para a manutenção do plano de saúde, seja na atual operadora de planos de saúde, seja para a operadora de planos de saúde anterior, ou mesmo enquanto beneficiário de plano de saúde fornecido pela empresa empregadora que foi submetida a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação com a atual contratante?

Sim

Não

Obs.: o ex-empregado contributivo é aquele que contribuiu/arcou com o pagamento do plano privado de assistência à saúde, de forma parcial ou integral, mediante desconto em contracheque. Vale destacar que os valores pagos relacionados aos dependentes/agregados e, ainda a coparticipação e a franquia não são considerados contribuição ao plano de saúde. (Art. 2º, inciso I, RN 488 nº da ANS).

- ▶ Assinalar: se o colaborador em algum momento contribuiu (foi descontado) pelo plano de saúde *

Itens marcados como *
são de preenchimento
obrigatório

Não é considerado contribuição: pagamento apenas da mensalidade dos dependentes e valores de coparticipação.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado e contribuinte se enquadrar nos motivos de cancelamento: demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, conforme arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

** Se contribuinte, o beneficiário é ex-empregado aposentado que permaneceu trabalhando na mesma empresa nos termos do art. 22 da RN nº 488/22 da ANS?

Sim | Não

** Se contribuinte, o beneficiário foi informado do seu direito de optar pela manutenção do plano?

Sim | Não

** Se contribuinte, deve escolher se:

Quer manter o benefício de saúde | Não quer manter o benefício de saúde

Data da opção: ____/____/____

Itens marcados como *
são de preenchimento
obrigatório

- ▶ Assinalar: Se o funcionário demitido foi aposentado e continuou trabalhando na empresa *
- ▶ Assinalar: Se o funcionário demitido foi comunicado do direito de optar pela continuidade *
- ▶ Assinalar: Se o funcionário demitido optou pela continuidade e a data da opção (data da assinatura do termo) *

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

** Qual o tempo total de contribuição do beneficiário demitido ou aposentado para a contagem de permanência no benefício?

<input type="text"/>	anos	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	dias
----------------------	------	----------------------	-------	----------------------	------

- Informar: quanto tempo o beneficiário demitido contribuiu para o plano de saúde *

*** Havendo a opção pela manutenção do benefício de saúde, informar o endereço residencial do titular para o envio das faturas e correspondências referentes ao plano.

Endereço		Número	Complemento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Itens marcados como * são de preenchimento obrigatório

- Caso o colaborador demitido seja elegível ao plano de extensão e queira continuar, deverá informar o endereço no quadro acima.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

*** Eu, _____ declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção do plano de saúde, inclusive em relação ao preço.

Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguirão a previsão contratual e de que o período de sua aplicação, conseqüentemente, seguirá a data prevista no contrato coletivo empresarial do qual faço parte. Da mesma forma, declaro estar ciente de que os reajustes por faixa etária, quando cabíveis, serão aplicados de acordo com a tabela prevista no referido contrato.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado caso atrase o pagamento das mensalidades por um período superior a 60 (sessenta) dias, contínuos ou não, conforme estabelece a Lei nº 9.656/98, assim como na hipótese de trabalhar em outra empresa que ofereça o benefício, condição esta que devo notificar imediatamente à Operadora de Saúde.

- ▶ Se o colaborador optar pela continuidade, deverá inserir seu nome completo neste quadro.

IMPORTANTE: Todas as informações preenchidas no termo de exclusão são de responsabilidade da empresa e do colaborador.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

RN nº 438 – COMUNICAÇÃO DE EXTINÇÃO DE VÍNCULO – POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO DE PORTABILIDADE Artigo 8º, §1º da RN nº 438

A exclusão do beneficiário foi solicitada pelo motivo assinalado abaixo:

Beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998

Beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

Em razão da extinção de vínculo, o beneficiário poderá exercer a portabilidade de carências no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da sua efetiva exclusão. O prazo final para a realização da portabilidade é ____ / ____ / ____*. O valor da mensalidade do beneficiário excluído é de R\$ _____.

* O prazo final para a realização da portabilidade poderá ser alterado caso sua exclusão ocorra em período posterior à data programada, por motivos operacionais.

- ▶ O quadro de Portabilidade RN 438 - não é de preenchimento obrigatório para a exclusão do plano de saúde.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

**** Dados do(s) dependente(s) que deseja excluir do contrato (opcional):	
Nome completo	Data de nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matrícula (número do beneficiário)	
<input type="text"/>	
Nome completo	Data de nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matrícula (número do beneficiário)	
<input type="text"/>	
Nome completo	Data de nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matrícula (número do beneficiário)	
<input type="text"/>	

- ▶ Caso o colaborador demitido faça opção pela continuidade (plano de extensão) **MAS NÃO** tem interesse em transferir todos seus dependentes, deverá informar neste quadro.

Se não houver transferência para o plano de continuidade, não deve ser preenchido, pois com a exclusão do titular, os dependentes são automaticamente excluídos.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

Formulário de movimentação cadastral para exclusão de beneficiário e informações sobre o ex-empregado para fins dos arts. 11 e 12 da resolução normativa nº 488/22 da ANS.

ANS - nº 36.024-4

Número do contrato de origem:			Número do contrato de destino:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Plano médico atual:	Código:		Plano médico de destino:	Código:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			Acomodação:	<input type="checkbox"/> Coletiva	<input type="checkbox"/> Privativa

- ▶ O quadro de alteração de plano - não é de preenchimento obrigatório para a exclusão do plano de saúde.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

Solicitação de troca de titularidade em caso de óbito do titular aposentado que contribuiu com o plano de saúde.

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, venho, por meio desta, solicitar a transferência de titularidade do benefício "plano de saúde" por motivo de óbito do beneficiário titular.

Declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção do plano de saúde, inclusive em relação ao preço.

Itens marcados como * são de preenchimento obrigatório

- ▶ Inserir: Nome da nova titular, número do CPF e RG*
- ▶ Somente pode se tornar novo titular, beneficiários dependentes já ativo no plano do titular falecido.

Esse campo deverá ser preenchido somente se o titular aposentado que contribuiu com o plano faleceu e seus dependentes tem interesse em optar pelo plano de extensão.

MENU



Preenchendo os formulários

Formulário para Exclusão de Beneficiário - titular

Declaro que estou ciente das responsabilidades civis e que constitui crime prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação, ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, assim como estou ciente acerca das penalidades que variam de um a três anos de reclusão e multa, conforme previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo da contratante
(empresa) OBRIGATÓRIOS

Assinatura do ex-empregado
(OBRIGATÓRIA CASO CONTRIBUTÁRIO) ou empregado
(QUANDO DESISTENTE DO PLANO)

- ▶ Inserir: o local e a data da assinatura *
- ▶ Assinatura e carimbo do contratante (empresa): **obrigatório** *. Caso a empresa não tenha carimbo, informar abaixo da assinatura.
- ▶ Assinatura do ex-empregado: obrigatório em caso de desistência do plano, transferência entre filiais e quando o colaborador era contributário (exceto quando pediu demissão).

Não é obrigatório a assinatura do ex-colaborador, quando: ele não contribuía com a mensalidade, quando a demissão foi a pedido do colaborador ou quando a demissão foi por justa causa.

Itens marcados como * são de preenchimento obrigatório

MENU



4 2ª via de boleto

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Emitir ou solicitar a 2ª via do boleto de sua empresa.

MENU



Orientações

Informamos nossos canais de acesso para obter a 2ª via do boleto sempre que necessário:

- ▶ Site: http://anacostasaude.com.br/boleto_acesso.php

Acesso com o CNPJ (somente números) + Código da empresa (04 dígitos iniciando com letra)

Boleto Bancário

- Pessoa Física
 Pessoa Jurídica

CNPJ (com 14 dígitos)

Código da Empresa (com 4 dígitos)

Ver Boletos

- ▶ Telefone: (13) 3285-5007 / 3285-5019
- ▶ E-mail: cobranca.pj@anacostasaude.com.br
- ▶ WhatsApp: (13) 3285-1200 opção 2

MENU



5 Fatura e relatórios financeiros

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Solicitar 2ª via de fatura;
- Solicitar relatório de beneficiários ativos no contrato da empresa;
- Solicitar a tabela de valores.

[MENU](#)



Orientações

Você poderá sempre solicitar através de nossos canais de atendimento:

- ▶ 2ª via de nota fiscal;
- ▶ Relatório de valores referente nota fiscal emitida;
- ▶ Relatório de beneficiários ativos;
- ▶ Tabela de valores de seu contrato.



Central de Atendimento ao Gestor PME
3202-1660

**Tenha sempre em
mãos seu CNPJ
ou o código de
seu contrato.**

MENU



6 Rede credenciada

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Consultar rede credenciada.

MENU



Orientações

Você poderá consultar a rede credenciada Ana Costa através do site:



http://anacostasaude.com.br/guia_medico.php

Você precisa inserir o nome do seu plano ou produto:



Entrar

Menu

Plano ou Produto

Lembre-se essa informação esta em sua carteirinha física ou você poderá acessa-la através da área logada do beneficiário.

MENU



7 Carteirinha/ Credencial

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Solicitar 2ª via da carteirinha/ credencial de seu colaborador;
- Solicitar o número da carteirinha/ credencial de seu colaborador.

MENU



Orientações

Você poderá sempre solicitar através de nossos canais de atendimento o número ou a 2ª via da credencial de seu colaborador e dependentes.

Lembre-se sempre de manter o endereço de correspondência de sua empresa atualizado.

A 2ª via da credencial/ carteirinha será enviada para a empresa em até 15 dias úteis.



Central de Atendimento ao Gestor PJ
3202-1660

**Tenha sempre em
mãos seu CNPJ
ou o código de
seu contrato.**

MENU



8 Alteração de endereço

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Solicitar a alteração de endereço de sua empresa.

MENU



Orientações

Para solicitar a alteração de endereço de sua empresa, você deverá:

- ▶ Entrar em contato com a nossa Central de Atendimento ao Gestor PME:



3202-1660

- ▶ Informar: CEP, logradouro, número, complemento, cidade e Estado.

Mantenha sempre os dados de sua empresa atualizados: telefone de contato, e-mail e endereço.



Pontos de atenção

Somente será possível alterar endereço de cobrança/ correspondência. Para alterar o endereço da empresa (que será destacado na Nota Fiscal) o endereço em seu Cartão CNPJ deverá estar atualizado.

MENU



9 Alteração de vencimento

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Solicitar a alteração de vencimento do seu boleto.

MENU



Orientações

Para solicitar a alteração de vencimento do seu boleto, você deverá:

- ▶ Entrar em contato com a nossa Central de Atendimento ao Gestor PME:



3202-1660

- ▶ Escolher uma das datas abaixo para seu novo vencimento:



05, 10, 15, 20, 25 ou 28 de cada mês

Mantenha sempre os dados de sua empresa atualizados: telefone de contato, e-mail e endereço.

MENU



Orientações

- ▶ Somente o representante legal da empresa poderá solicitar a alteração de vencimento;
- ▶ O contrato precisa estar ativo na Operadora por pelo menos 45 dias na data da solicitação;
- ▶ Somente é permitido 01 (uma) alteração a cada 06 meses;
- ▶ Não alteramos vencimento de faturas já emitidas;
- ▶ Não será permitido alterar o seu vencimento se houver fatura em aberto há mais de 10 dias (contrato suspenso).

Mantenha sempre os dados de sua empresa atualizados: telefone de contato, e-mail e endereço.

MENU



Pontos de atenção

O plano de saúde opera por sistema pré-pagamento e seu contrato empresarial possui um período de cobertura específico, de acordo com a sua data de vencimento. Com a alteração de vencimento do seu contrato, haverá cobrança de *pro rata*.

Segue exemplo de cobrança de *pro rata*

- *Data de fechamento da nota fiscal: 04;*
- *Data de vencimento: 15;*
- *Cobertura de atendimento: 10 a 09;*
- *Data do pedido de alteração de vencimento: 10/06 (o boleto de vencimento 15/06 já foi emitido em 04/06);*
- *A empresa solicita alteração de vencimento para o dia 20 de cada mês;*
- *O vencimento será alterado para o mês seguinte (JULHO);*
- *Será emitido o boleto da mensalidade para o vencimento de 20/07;*
- *Além disso, será emitido um boleto complementar no ato da alteração com a cobrança de pro rata referente a alteração do início do período de cobertura de 10 para todo dia 20 (10 dias);*
- *Valor da mensalidade: R\$ 100,00;*
- *Valor por dia: R\$ 3,33 x 10 dias = R\$ 33,33;*

Neste exemplo: será cobrado R\$ 33,33 de *pro-rata* + a mensalidade integral de JULHO

MENU



Pontos de atenção

O plano de saúde opera por sistema pré-pagamento e seu contrato empresarial possui um período de cobertura específico, de acordo com a sua data de vencimento. Com a alteração de vencimento do seu contrato, haverá cobrança de *pro rata*.

FIQUE LIGADO



- *O valor de pro-rata para a alteração de vencimento não será informado na ligação gravada;*
- *Você receberá em seu e-mail o boleto com a cobrança de pro-rata para alteração de vencimento;*
- *Lembre-se de informar um e-mail válido e correto ao realizar o pedido de alteração de vencimento;*
- *A alteração de vencimento após a finalização do pedido via ligação gravada não poderá ser revertida.*

MENU



10 Cancelamento do Contrato

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Solicitar o cancelamento do seu contrato empresarial.

MENU



Orientações

Para solicitar o cancelamento do seu contrato, você deve enviar:

▶ Pedido de cancelamento (carta/ ofício) com as informações abaixo:

- ✓ Data e local;
- ✓ Número do CNPJ da empresa;
- ✓ Nome da Empresa;
- ✓ Dados do representante legal (nome e CPF);
- ✓ Pedido de cancelamento;
- ✓ Motivo de cancelamento;
- ✓ Assinatura do representante legal.

Entre em contato com a nossa Central de Atendimento ao Gestor PME para maiores informações:



3202-1660

Importante: o cancelamento do contrato empresarial NÃO É IMEDIATO. Ao receber o pedido de cancelamento, o setor responsável irá lhe orientar sobre os dispositivos contratuais à cerca da rescisão.

MENU



11 Canais de atendimento

Nesta sessão você encontrará informações necessárias para:

- Encontrar o canal de atendimento adequado para sua necessidade.

MENU



Canais de atendimento



SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 770 8708



Central de Atendimento ao Gestor PJ
3202-1660



Movimentação cadastral
movimentacao.pj@anacostasaude.com.br



Ouvidoria Ana Costa Saúde
ouvidoria@anacostasaude.com.br



Site
www.anacostasaude.com.br



Atendimento Pessoal - Autorização de Guias
Av. Ana Costa, 468 - Gonzaga - Santos



Autorização de Pedidos Médicos
emissaodeguias@anacostasaude.com.br

Dicas importantes:

- *Tenha sempre em mãos o CNPJ de sua empresa ou o código do convênio do seu contrato;*
- *Nossos e-mails somente recebem mensagens em que os arquivos anexos somem até **05 MB**, se atente à esta informação. Caso seja necessário, poderá enviar os documentos em mais de 01 mensagem;*
- *Nos procure sempre que houver dúvidas. Estamos disponíveis para ajuda-lo no que precisar.*

MENU



Ana Costa Saúde

Sua saúde em nossas mãos.

