

MANUAL DE ACESSO AO SISTEMA PARA Solicitações e Consultas de Benefícios

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução | 3 |
| Tela inicial - inclusão do nº do CPF | 4 |
| Tela de acesso - senha para acesso e solicitações de benefícios | 4 |
| Página inicial | 7 |
| Menu de benefício..... | 8 |
| Solicitar reembolso..... | 9 |
| Consultas e cancelamentos | 14 |
| Orientações gerais..... | 18 |

Introdução

Sistema para solicitações e consultas de benefícios

Bem-vindo a ferramenta de benefícios do sistema.

Através dela os Cooperados poderão efetuar consultas e solicitações de Benefícios em suas diversas modalidades, além de acompanhar o “*status*” das solicitações e observações efetuadas pela Cooperativa.

Acesse a “Área do Cooperado” no site e confira.

Tela inicial - inclusão do nº do CPF

Logo da cooperativa: a nossa cooperativa junto com você

IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS E BENEFÍCIOS

CPF/CNPJ:

O Cooperado deverá acessar digitando o nº do CPF e clicar em Avançar.

Tela de acesso - senha para acesso e solicitações de benefícios

Logo da cooperativa: a nossa cooperativa junto com você

50 Anos!

IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS E BENEFÍCIOS

CPF/CNPJ:

Bem vindo

Informe a senha de 6 dígitos:

| | | | | | |
|---|---|---|---|----------|---|
| 1 | 7 | 8 | 2 | 4 | 9 |
| 6 | 5 | 0 | 3 | x Limpar | |

Caso não lembre ou não possua a senha de acesso, clique em “Solicitar Nova Senha”.
Caso possua uma senha, vá para a página 7 “Página Inicial”.

The screenshot shows a web interface for 'IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS E BENEFÍCIOS'. At the top, there are logos for 'a nossa cooperativa junto com você' and '50 Anos!'. Below the title, there is a form with a 'CPF/CNPJ:' label and an input field, followed by a 'Avançar' button. A 'Bem vindo' message is displayed. The main section is titled 'Preencha seus dados para receber uma nova senha:' and contains three input fields: 'Data Nascimento:', 'E-Mail:', and 'CPF:'. At the bottom of this section are 'Cancelar' and 'Enviar' buttons.

Preencha os 3 campos:

- Data de Nascimento
- E-Mail (Corporativo)

Ex.: seunome@sescsp.org.br, seunome@sp.senac.br ou seunome@fecomercio.com.br

- Número do CPF

Clicar em “Enviar”

O sistema encaminhará para o **e-mail corporativo** uma senha temporária de 6 dígitos que será utilizada para gerar a senha pessoal definitiva, conforme demonstra a tela a seguir.

Caso não possua um e-mail corporativo o Cooperado deverá entrar em contato com a Cooperativa e informar um e-mail pessoal para cadastro e recebimento da Senha.

The screenshot shows the login interface for the IBANKING system. At the top, there are logos for 'a nossa cooperativa' and '5 Anos!'. Below the logos, the text reads 'IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS E BENEFÍCIOS'. There is a text input field for 'CPF/CNPJ:' and a 'Buscar' button. A 'Bem vindo' message is displayed. A red warning message states: 'Verifique a senha temporária enviada para o e-mail fa*****@c*****.sescsp.org.br. Caso este e-mail não seja o seu, contate a cooperativa:'. Below this, a message says: 'Esta é uma senha temporária, informe os dados abaixo para criação da senha permanente.' To the right of this message is a numeric keypad with buttons for digits 1, 5, 3, 6, 9, 2, 8, 7, 4, 0, and a 'x Limpar' button. Below the keypad are input fields for: 'Informe a senha temporária de 6 dígitos:', 'Nova Senha:', 'Repetir Nova Senha:', 'Data Nascimento:' (with a calendar icon), and 'CPF:'. At the bottom, there are 'Cancelar' and 'Entrar' buttons.

Informe a senha temporária de 6 dígitos encaminhada para o seu e-mail corporativo.

- Insira a Nova Senha e depois Repita a Nova Senha.
- Digite a sua Data de Nascimento e o N° do CPF.
- Por fim, clique em “Entrar”.
- Pronto! Sua senha definitiva foi gerada.

ATENÇÃO: Guarde a Senha cadastrada em local seguro.

A Senha é de uso pessoal e intransferível e, caso esqueça, é só repetir o processo e cadastrar uma nova senha.

Página inicial

Saldos e Extratos Pagamentos Empréstimos Pix Transferências
Benefício Loja Assinaturas Outros Serviços Eleição

[Home](#)

Página Inicial

Serviços mais acessados

- » Benefício :: Solicitar Reembolso
- » Saldos e Extratos :: Empréstimos
- » Saldos e Extratos :: Capital Social
- » Empréstimos :: Contratos Ativos
- » Saldos e Extratos :: Crédito de Associado

Nesta página, os cooperados poderão visualizar os Serviços mais acessados e também as seguintes opções de acesso: **Saldos e Extratos**, **Empréstimos**, **Benefício** e **Outros Serviços**.

Menu de benefício

Terça-feira, 21 de janeiro 2020 Sua sessão expirará em 46 min 23 s Sair

Saldos e Extratos Loja Pagamentos Assinaturas Empréstimos Assinaturas Transferências Outros Serviços **Benefício**

Home > [Benefício](#)

Benefício

Solicitações
» Solicitar Reembolso

Consultas e Cancelamentos
» Consultar / Excluir

Na opção **Benefício** você poderá efetuar a solicitação de acordo com a modalidade escolhida, utilizando as opções no item “Solicitações”.

Clique na opção **Solicitar Reembolso** ou **Solicitar Material Escolar**.

Terça-feira, 21 de janeiro 2020 Sua sessão expirará em 46 min 23 s Sair

Saldos e Extratos Pagamentos Empréstimos Transferências **Benefício** Outros Serviços

Home > Benefício > [Solicitar Reembolso](#)

Solicitar Reembolso

Benefício

Dependente

CNPJ Nome do Fornecedor

Número Data da Nota Valor(R\$)

Solicitar reembolso

Terça-feira, 21 de janeiro 2020 Sua sessão expirará em 46 min 23 s Sair

Saldos e Extratos Pagamentos Empréstimos Transferências **Benefício** Outros Serviços

Home > Benefício > Solicitar Reembolso

Solicitar Reembolso

Benefício

2 → **Selecionar**

Dependente

Selecionar

CNPJ

Número

Adicionar

Voltar **OK** **3** **Fechar**

Benefícios

| Descrição |
|--|
| <input checked="" type="radio"/> MEDICAMENTOS |
| <input type="radio"/> OCULOS, SUBSTITUIÇÃO DE LENTES E LENTES DE CONTATO |
| <input type="radio"/> AUXILIO NATALIDADE |
| <input type="radio"/> AUXILIO FUNERAL |
| <input type="radio"/> PROTESES MEDICAS |
| <input type="radio"/> BOTAS ORTOP,CINTAS,MEIAS ELAST,DOC ODONT |
| <input type="radio"/> OUTROS BENEFÍCIOS: APAR.INALA,MEDIDOR PRESSÃO, APA |

Nesta tela você irá selecionar a **modalidade do benefício**. Para isso deverá clicar em **Benefício > Selecionar**.

Marque a modalidade do benefício e clique em **OK**.

Obs.: Apenas uma modalidade de benefício deve ser marcada por solicitação.

Caso queira efetuar a solicitação de mais de uma modalidade de benefício, você **deverá fazê-lo separadamente**. Portanto, na hora de efetuar suas compras, **sugerimos que o estabelecimento comercial emita a nota/cupom fiscal separado, para facilitar a sua solicitação de reembolso, se for o caso.**

Exemplo: Você efetuou a compra de medicamentos e de um aparelho para inalação.

Solicite ao caixa que cobre separadamente os medicamentos e o aparelho de inalação, para que se possa gerar duas notas/cupons fiscais, uma para cada tipo de solicitação.

Solicitar Reembolso

Benefício

Selecione **MEDICAMENTOS**

Dependente

Selecione

CNPJ

Nome do Fornecedor

Número

Data da Nota Valor(R\$)

Série

Adicionar

Limites de gastos para envio da solicitação de reembolso:
Limite mínimo R\$ 20,00.
Limite máximo R\$ 2.640,00.

Caso a solicitação de reembolso seja para o **Dependente**, deve-se clicar em **Dependente** > **Selecione** e clique no nome do dependente.

Preencha todos os campos em laranja como demonstrado na imagem acima.

Não preencher o campo **Série** em vermelho.

Preenchido todos os campos, clique no botão **Adicionar**.

Obs.: Não é necessário encaminhar o comprovante do dependente. Caso você não encontre o nome do dependente para selecionar, entre em contato com a Cooperativa através do endereço de e-mail cadastro.cooperativa@sescsp.org.br

Solicitar Reembolso

Benefício

MEDICAMENTOS

Dependente

CNPJ Nome do Fornecedor

Número Data da Nota Valor(R\$)

Série

Limites de gastos para envio da solicitação de reembolso:
Limite mínimo R\$ 20,00.
Limite máximo R\$ 2.640,00.

Caso o valor da nota/cupom fiscal tenha atingido o valor mínimo para reembolso de R\$ 10,00, o sistema irá ativar a opção **Solicitar**.

Caso o valor da nota/cupom fiscal **não** tenha atingido o valor mínimo para reembolso, o sistema **não** irá habilitar a opção **Solicitar** e outros cupons/notas devem ser incluídos até que atinja o valor mínimo para reembolso.

Terça-feira, 21 de janeiro 2020 Sua sessão expirará em 46 min 23 s Sair

Saldos e Extratos Pagamentos Empréstimos Transferências **Benefício** Loja Outros Serviços

Home > Benefício > [Confirmar Solicitação](#)

Confirmar Solicitação

Após conferir todas as informações da Solicitação, digite sua contrassenha de segurança e clique em Confirmar.

Dados da Solicitação

Benefício: 1 - MEDICAMENTOS

| Nome | Data | Número | Valor |
|------------|------------|--------|--------|
| + DROGARIA | 13/12/2017 | 00001 | 200,00 |

Informe sua Senha de 6 dígitos:

| | | | | | |
|---|---|---|---|----------|---|
| 8 | 2 | 3 | 4 | 7 | 6 |
| 0 | 9 | 1 | 5 | x Limpar | |

Senha:

Ao clicar na opção **Solicitar**, aparecerá o teclado numérico virtual para a digitação da Senha. Após digitar, clique em **Confirmar**.

Terça-feira, 21 de janeiro 2020 Sua sessão expirará em 46 min 23 s Sair

Saldos e Extratos Pagamentos Empréstimos Transferências **Benefício** Outros Serviços

Home > Benefício > Confirmar Solicitação > Resultado

Resultado

Caso não visualize a Solicitação: [Clique aqui.](#)

4B71B41A94B88619EBCAB... 1 / 1

SOLITAÇÃO DE REEMBOLSO DOS BENEFÍCIOS
MEDICAMENTOS - PROPOSTA: 59

Data: 17/05/2017
Hora: 09:01:36
Página: 1
Versão: 1.732.B

DADOS DO COOPERADO:

Cooperado(a): _____
Entidade/Unidade: 5 - COOPERATIVA / 92 - MIGRAÇÃO SESC
Matrícula: 4 Data de Admissão na Cooperativa: 01/12/2008
Profissão/Cargo: ASSISTENTE ADMINIST. com jornada de trabalho de _____ horas semanais,
percebendo salário mensal de R\$ _____ ou salário-hora de R\$ _____

FORMA DE PAGAMENTO:

Nº Banco: 237 Nº Agência: 0591 Nº Conta Corrente: _____

DADOS DO DOCUMENTO FISCAL

| Nome Fornecedor | Nº Nota Fiscal/Cupom | Data Nota Fiscal/Cupom | Valor |
|------------------------|----------------------|------------------------|--------|
| DROGARIA SÃO PAULO S/A | 123456 | 17/05/2017 | 100,00 |

Voltar

Neste momento o sistema disponibiliza a Solicitação para impressão.

ATENÇÃO

A solicitação realizada deve ser encaminhada por e-mail.

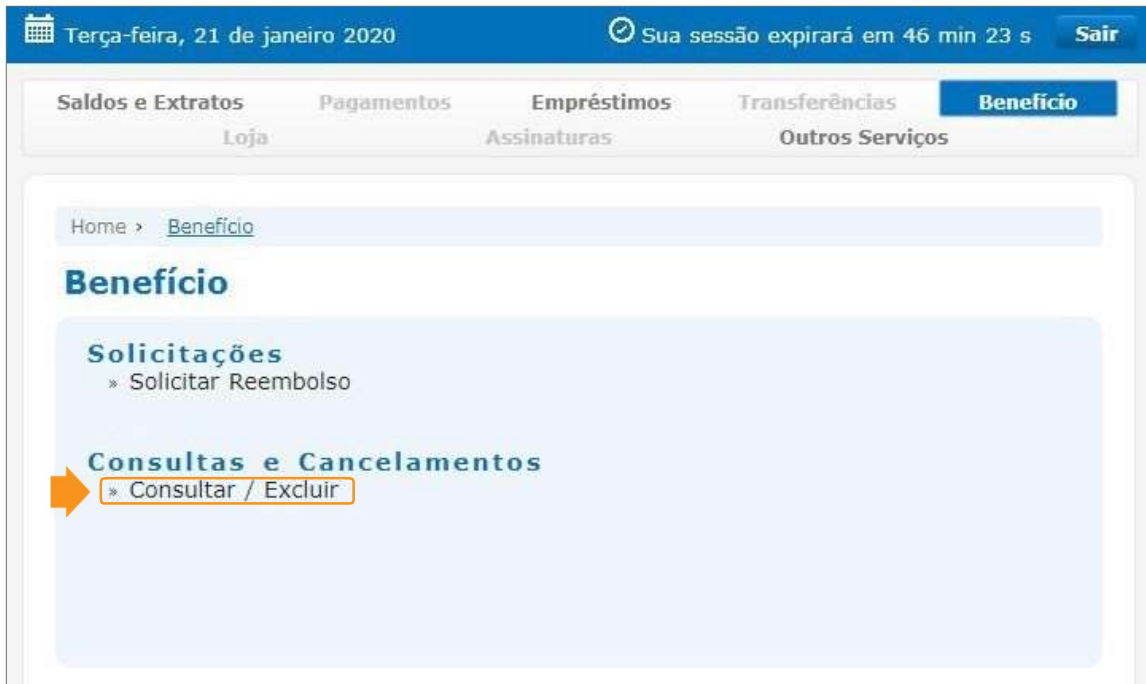
Todas as solicitações serão analisadas e os valores poderão sofrer alterações de acordo com os critérios de reembolsos e regras estabelecidas.

O pedido deve ser acompanhado através da “Área do Cooperado” no site da A Nossa Cooperativa.

As receitas médicas possuem validade de 180 dias e os cupons/notas fiscais possuem validade de 60 dias, a contar da sua data de emissão até a apresentação da documentação.

Consultas, cancelamentos e reimpressão

Para consultar a sua Solicitação, efetuar o Cancelamento ou a reimpressão do formulário, basta clicar na opção **Consultas e Cancelamentos > Consultar/Excluir**.



Em seguida preencha a data da solicitação.

Dê Até

Todos Proposta Autorizado Em Análise Recusado Rascunho

Consultas

Escolha a Solicitação e clique no símbolo (+).

O sistema irá mostrar todos os itens incluídos na sua solicitação e informações dos cupons/notas fiscais conforme demonstra a imagem abaixo.

Home > Benefício > Consultar / Excluir

Consultar / Excluir

| X | Descrição | Número da Solicitação | Solicitação | Situação |
|--------------------------|--------------|-----------------------|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTOS | 139 | 13/01/2020 | Autorizado |

Número da Solicitação: 139
Data da Solicitação: 13/01/2020
Pago: Sim
Forma de Pagamento: Depósito Bancário
Data de Crédito: 14/01/2020
Valor do Crédito: 299,58
Descrição da Análise: cupom 95242 protetor sem reemb. e cupom 313179 shampoo sem reembolso
Itens: 8

| | CNPJ | Número | Dependente | Data | Valor |
|--------------------------|--------------------|--------|------------|------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 02.743.218/0151-93 | 51915 | REEMBOLSO | 31/10/2019 | 102,17 |
| <input type="checkbox"/> | 61.412.110/0307-39 | 201374 | REEMBOLSO | 07/11/2019 | 28,49 |
| <input type="checkbox"/> | 61.412.110/0544-09 | 79839 | | 28/11/2019 | 160,45 |

Você pode acompanhar o *status* da solicitação conforme abaixo:

PROPOSTA = em análise na cooperativa.

AUTORIZADO = foi liberado para pagamento e o crédito ocorrerá em breve.

Outras informações:

- **Pago:** Sim ou Não.
- **Data do Crédito:** data do crédito em c/c.
- **Valor do Crédito:** valor creditado em c/c.
- **Descrição da Análise:** observações dos analistas da Cooperativa.

Cancelamentos

Marque a solicitação desejada e clique no botão **Excluir**, caso desista dessa solicitação.

Home > Benefício > Consultar / Excluir

Consultar / Excluir

| X | Descrição | Beneficiário | Situação |
|--------------------------|--------------|--------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTOS | | Proposta |

Voltar Imprimir Editar **Excluir**

O sistema irá solicitar que seja digitado o motivo do cancelamento no campo **Descrição do motivo de cancelamento**.

Digite a sua **Senha de 6 dígitos** no teclado numérico virtual e clique em **Confirmar**.

Home > Benefício > Consultar / Excluir > Cancelar Solicitação

Cancelar Solicitação

Após conferir todas as informações da Solicitação, digite sua contrassenha de segurança e clique em Confirmar.

Dados da Solicitação

Número: 3
Benefício: 1 - MEDICAMENTOS
Data de Solicitação: 02/10/2017
Situação: Proposta
Valor da Solicitação: 200,00

| CNPJ | Descrição | Número | Data | Valor |
|--------------------|-----------|--------|------------|--------|
| 18.080.104/0001-19 | DROGARIA | 1 | 13/12/2017 | 200,00 |

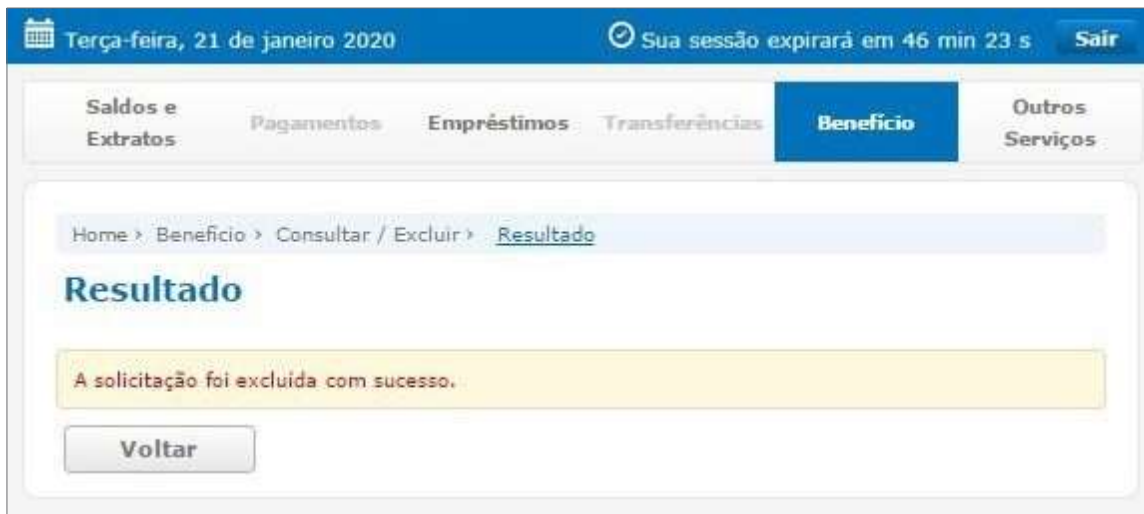
Descrição do Motivo de cancelamento:

Informe sua Senha de 6 dígitos:

2 6 4 5 1 8
 7 3 9 0 x Limpar

Senha:

Voltar **Confirmar**



Pronto, sua solicitação foi **excluída com sucesso**.

Reimprimir o formulário

Marque a solicitação desejada e clique no botão **Imprimir**, caso deseje reimprimir o formulário.



Orientações gerais

- Todas as modalidades de Benefícios devem ser preenchidas da mesma forma observando os dados do cupom/nota fiscal que deverão ser preenchidos corretamente para evitar a exclusão pela Cooperativa.
- Os itens constantes do cupom/nota fiscal que não fazem parte do programa de benefícios, serão “excluídos”.
- Na solicitação do benefício MEDICAMENTOS, poderão ser incluídos pedidos de reembolsos para o associado e seus dependentes.
- Quando a solicitação for apenas para o associado, não deverá ser apontado um dependente.
- Quando houver reembolso para dependentes, marque o dependente correspondente e cadastre o cupom/nota fiscal, assim sucessivamente até inserir todas as notas.
- Caso tenha efetuado a compra de medicamentos ou produtos após o envio da solicitação, guarde as notas/cupons para solicitar no próximo mês.
- **Você poderá solicitar os reembolsos em até 60 dias a contar da data da compra até a apresentação do documento.**
- **As receitas médicas também possuem uma validade de 180 dias a contar da data da emissão até a apresentação do documento.**
- Não é necessário encaminhar documento que comprove a dependência.
- Caso não encontre o nome do dependente no sistema, entre em contato com a Cooperativa através do endereço de e-mail cadastro.cooperativa@sescsp.org.br.
- O sistema não aceitará solicitações que não estejam de acordo com as regras estabelecidas.
- **Todas as solicitações serão analisadas e os valores poderão sofrer alterações de acordo com os critérios de reembolsos e regras estabelecidas.**
- **Acompanhe os “status” das solicitações na opção Consultas e Cancelamentos.**
- Se houver dúvida no preenchimento, procure o(a) representante da Cooperativa na sua unidade ou entre em contato conosco através do endereço de e-mail reembolso.cooperativa@sescsp.org.br ou através dos telefones: (011) 3329-2855 e (011) 3329-2854.

ATENÇÃO

Benefício: AUXÍLIO NATALIDADE

Caso o dependente não conste no sistema, você deverá encaminhar um e-mail com a cópia da Certidão de Nascimento para:

cadastro.cooperativa@sescsp.org.br

O envio é necessário para que a Cooperativa efetue o cadastro do dependente e habilite no sistema a opção de solicitação do Auxílio Natalidade.



Rua Florêncio de Abreu, 305 • 4º andar
Centro • São Paulo/SP

cooperativa@sescsp.org.br
www.anossacooperativa.com.br