

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, cancelamentos e reimpressões	14
Consultas.....	15
Cancelamentos.....	16
Reimpressões.....	17
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

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

Tela de acesso – senha para acesso e solicitações de benefícios

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”.


IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS E BENEFÍCIOS

CPF/CNPJ:

Bem vindo

Preencha seus dados para
receber uma nova senha:

Data Nascimento:

E-Mail:

Preencha os 2 campos:

- Data de Nascimento
- E-Mail (Corporativo)

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

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.

IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS E BENEFÍCIOS

CPF/CNPJ:

Bem vindo

Verifique a senha temporária enviada para o e-mail
le*****@h*****.com. Caso este e-mail não seja o
seu, contate a cooperativa.

Esta é uma senha temporária,
informe os dados abaixo para
criação da senha permanente.

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

Informe a senha temporária
de 6 dígitos:

Nova Senha:

Repetir Nova Senha:

Data Nascimento:

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.
- 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



A captura de tela mostra a interface do sistema. No topo, há uma barra de navegação com os seguintes itens: Saldos e Extratos, Benefício, Pagamentos, Loja, Empréstimos, Assinaturas, Pix, Outros Serviços, Transferências e Eleição. Abaixo, há um link para Home. O título principal da página é 'Página Inicial'. Abaixo dele, há uma seção intitulada 'Serviços mais acessados' com uma lista de itens:

- » 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

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

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**.

Solicitar Reembolso

Benefício

Selecione **MEDICAMENTOS**

Dependente

Selecione

CNPJ Nome do Fornecedor

Número da Nota Data da Nota  Valor da Nota(R\$)

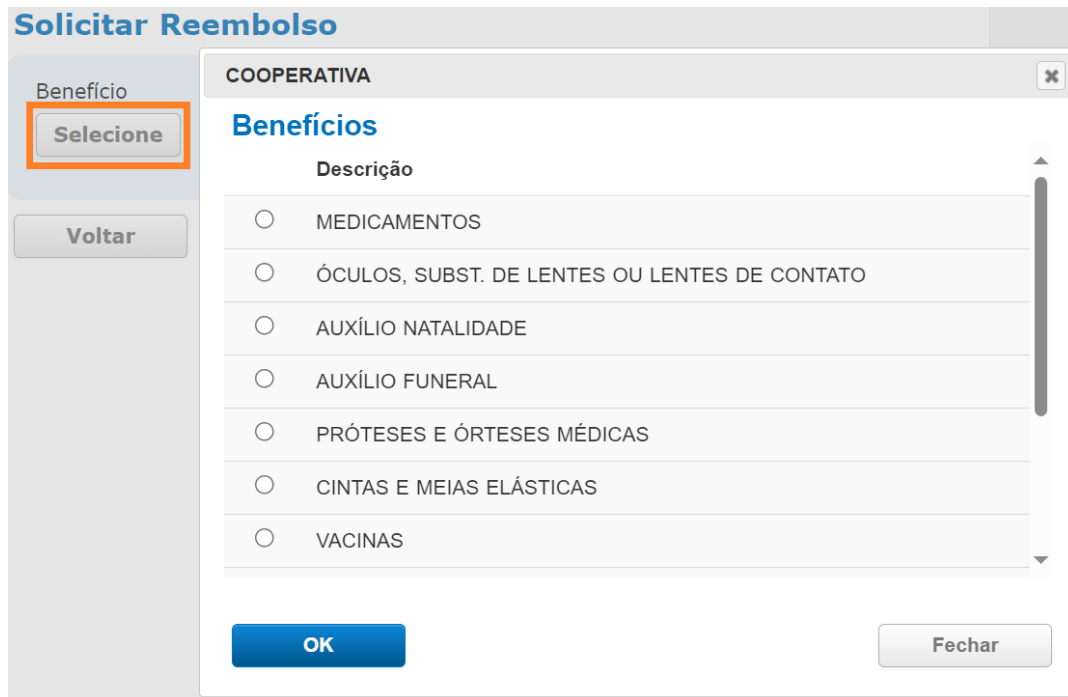
Série da Nota

Adicionar

Limites de gastos para envio da solicitação de reembolso:
Limite mínimo R\$ 20,00.
Limite máximo R\$ 2.824,00.

Voltar **Solicitar**

Solicitar Reembolso



A interface 'Solicitar Reembolso' apresenta um menu lateral com o item 'Benefício' selecionado e o botão 'Selecione' destacado por um retângulo laranja. O painel principal, intitulado 'COOPERATIVA Benefícios', contém uma lista de opções com descrições e botões de seleção:

Descrição
<input type="radio"/> MEDICAMENTOS
<input type="radio"/> ÓCULOS, SUBST. DE LENTES OU LENTES DE CONTATO
<input type="radio"/> AUXÍLIO NATALIDADE
<input type="radio"/> AUXÍLIO FUNERAL
<input type="radio"/> PRÓTESES E ÓRTESES MÉDICAS
<input type="radio"/> CINTAS E MEIAS ELÁSTICAS
<input type="radio"/> VACINAS

Na base da interface, há dois botões: 'OK' (em azul) e 'Fechar' (em cinza).

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

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, pois não é permitido cadastrar o documento mais de uma vez.

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
Selecione **MEDICAMENTOS**

Dependente
Selecione

CNPJ Nome do Fornecedor

Número da Nota Data da Nota Valor da Nota(R\$)

Série da Nota

Adicionar

Nome	Dependente	Data	Excluir
<input type="checkbox"/> DROGARIA		XX/XX/XXXX	<input type="checkbox"/>

CNPJ: XX.XXX.XXX/XXX-XX
Número: XXXX
Valor: R\$ XXX,XX

Valor previsto de reembolso: R\$50,00

Limites de gastos para envio da solicitação de reembolso:
Limite mínimo R\$ 20,00.
Limite máximo R\$ 2.824,00.

Voltar **Solicitar**

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.

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	Dependente	Data	Número	Valor	Serie
+ DROGARIA		XX/XX/XXXX	XXXX	R\$XXX,XX	

Informe sua Senha de 6 dígitos:

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

Senha

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

Resultado

Caso não visualize a Solicitação:

[Clique aqui.](#)

☰ ...– + | 1 de 1 ...🔍 ...

CECM SERV.FED.COM.SESC/SENAC SAO PAULO
SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DOS
MEDICAMENTOS - PROPOSTA:

Data: 3/18/2024
Hora: 1:45:27 PM
Página: 1
Versão: 1.861.A

DADOS DO COOPERADO:
Cooperado(a): _____
Entidade/Unidade: 5 - COOPERATIVA / 092 - COOPERATIVA
Matricula: _____ Data de Admissão na Cooperativa: _____
Profissão/Cargo: _____ com jornada de trabalho de _____ horas semanais,
recebendo salário mensal de R\$ _____ ou salário-hora de R\$ _____

FORMA DE PAGAMENTO:
Nº Banco: _____ Nº Agência: _____ Nº Conta Corrente: _____

DADOS DO DOCUMENTO FISCAL

Beneficiário / Nome Fornecedor	Nº NF/Cupom	Série	Dt. NF/Cupom	Valor
--------------------------------	-------------	-------	--------------	-------

Neste momento o sistema disponibiliza a Solicitação para impressão.

ATENÇÃO

A solicitação completa(formulário do site, cupons/notas fiscais e receitas médicas devem ser enviadas no mesmo e-mail e em um único PDF.

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 via e-mail.

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**.

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

Home > [Benefício](#)

Benefício

Solicitações



» Solicitar Reembolso

Consultas e Cancelamentos

» **Consultar / Excluir**

Em seguida preencha a data da solicitação.

Consultar / Excluir

Dê  Até 

Todos Proposta Autorizado Em Análise Recusado Rascunho

Pesquisar

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.

X	Descrição	Número da Solicitação	Data da Solicitação	Situação
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	82599	07/03/2024	Autorizado
Número da Solicitação: 82599				
Data da Solicitação: 07/03/2024				
Pago: Sim				
Forma de Pagamento: Depósito Bancário				
Data de Crédito: 12/03/2024				
Valor do Crédito: 21,34				
Descrição da Análise: Por Mara				
Itens: 1 <input type="checkbox"/>				

Você pode acompanhar a **Situação** 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.

X	Descrição	Número da Solicitação	Data da Solicitação	Situação
<input checked="" type="checkbox"/>	MEDICAMENTOS	83407	18/03/2024	Proposta

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**.

Cancelar Solicitação

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

Dados da Solicitação

Número: XXXX

Benefício: 1 - MEDICAMENTOS

Data de Solicitação: XX/XX/XXXX

Situação: Proposta

Valor da Solicitação:

CNPJ	Descrição	Número	Data	Valor	Serie
------	-----------	--------	------	-------	-------

Descrição do Motivo de cancelamento:

Informe sua Senha de 6 dígitos:

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

Senha

Resultado

A solicitação foi excluída com sucesso.

Voltar

Pronto, sua solicitação foi excluída com sucesso.

Reimprimir o formulário

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

X	Descrição	Número da Solicitação	Data da Solicitação	Situação
<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTOS			

Voltar **Imprimir** Editar Excluir

Em seguida aparecerá o formulário para Download.

Home > Benefício > Confirmar Solicitação > [Resultado](#)

Resultado

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

CECM SERV.FED.COM.SESC/SENAC SAO PAULO
SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DOS
MEDICAMENTOS - PROPOSTA:

Data: 3/18/2024
Hora: 1:45:27 PM
Página: 1
Versão: 1.861.A

DADOS DO COOPERADO:
Cooperado(a): _____
Entidade/Unidade: 5 - COOPERATIVA / 092 - COOPERATIVA
Matrícula: _____ Data de Admissão na Cooperativa: _____
Profissão/Cargo: _____ com jornada de trabalho de _____ horas semanais,
recebendo salário mensal de R\$ _____ ou salário-hora de R\$ _____

FORMA DE PAGAMENTO:
Nº Banco: _____ Nº Agência: _____ Nº Conta Corrente: _____

DADOS DO DOCUMENTO FISCAL

Beneficiário / Nome Fornecedor	Nº NF/Cupom	Série	Dt. NF/Cupom	Valor

Voltar

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 desconsiderados da solicitação.
- 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.
- Você poderá solicitar os reembolsos em até 60 dias a contar da data da compra até a apresentação do documento via e-mail.
- As receitas médicas também possuem uma validade de 180 dias a contar da data da emissão até a apresentação do documento via e-mail.
- 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

Benefício: AUXÍLIO FUNERAL

Caso o pai ou a mãe do(a) cooperado(a) não conste no sistema, você deverá encaminhar um e-mail com a certidão de óbito e um documento em seu nome como comprovante de parentesco 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/Funeral.



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

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