

MANUAL DE PROCEDIMENTO

Solicitação • Consulta • Cancelamento • Reimpressão





SUMÁRIO

| 1 Introdução 3 |
|---|
| 1.1 Tela Inicial 4 |
| 1.2 Tela de Acesso 4 |
| 2 Solicitação7 |
| 2.1 Pagina Inicial7 |
| 2.2 Menu de Benefícios 8 |
| 2.3 Solicitar Reembolso |
| 3 Consulta, Cancelamento e Reimpressão 15 |
| 3.1 Consulta |
| 3.2 Cancelamento 17 |
| 3.3 Reimpressão 18 |
| 4 Orientações Gerais |
| 5 Informações Complementares 20 |



INTRODUÇÃO

Sistema para solicitações e consultas de benefícios.

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



Acesse a **Área do Cooperado** no site e confira.





Tela Inicial - Inclusão do número do CPF

| cooperativa junto com você | |
|---|--|
| IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS E BENEFÍCIOS | |
| CPF/CNPJ: Avançar Seja um COOPERADO | |

O Cooperado deverá acessar digitando o número do CPF e clicar em Avançar.

Tela de Acesso - Senha para acesso e solicitações de benefícios

| IBANKING - SISTEMA PARA CONSU E BE | ILTAS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS ENEFÍCIOS |
|---------------------------------------|--|
| CPF/CNPJ: | Avançar Seja um COOPERADO |
| Ве | em vindo |
| Informe a senha de 6 dígitos: | 2 3 9 1 5 6 |
| | 8 7 4 0 x Limpar |
| | |
| Cancelar Solicitar No | ova Senha Entrar |

Caso não lembre ou não possua a senha de acesso, clique em **Solicitar Nova Senha**.

Caso possua uma senha, vá para a página 7 em Página Inicial.



| COOPE | erativa o com você |
|--|--|
| IBANKING - SISTEMA PARA CONSULTA E BENE | AS E SOLICITAÇÕES DE EMPRÉSTIMOS FÍCIOS |
| CPF/CNPJ: | |
| Bem | vindo |
| Preencha seus dados para receber uma nova senha: | |
| Data Nascimento: | |
| E-Mail: | |
| | Cancelar Enviar |
| | |

Preencha os 2 campos:

- Data de Nascimento
- E-mail

Exemplo: 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 CONSUL E BE | TAS E | SOLIC | CITAÇÔ | ÓES DE | EMPR | ÉSTIM | OS |
|---|----------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------|-----------------|--------|----|
| CPF/CNPJ: | | | | | | | |
| Ber | n vinc | do | | | | | |
| Verifique a senha tempo le************@h**** seu, contato | orária **.coi e a co | enviac m. Cas operat | la para o este iva. | a o e-n e-mai | nail I não s | seja o | |
| Esta é uma senha temporária, informe os dados abaixo para | 5 | 4 | 0 | 3 | 2 | 6 | |
| criação da senha permanente. | 7 | 1 | 9 | 8 | x Lin | npar | |
| Informe a senha temporária de 6 dígitos: | | | | | | | |
| Nova Senha: | | | | | | | |
| Repetir Nova Senha: | | | | | | | |
| Data Nascimento: | | | | | | | |
| Cancelar Solicitar No | va Se | nha | | Entrar | | | |

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

- Insira a Nova Senha e depois Repetir a Nova Senha
- Digite a sua Data de Nascimento
- Por fim, clique no botão Entrar.

Pronto! Sua senha definitiva foi gerada.

ATENÇÃO Guarde a Senha cadastrada em um local seguro. A Senha é de uso pessoal e intransferível e, caso esqueça, é só repetir o processo e cadastrar uma nova senha.



SOLICITAÇÃO

Pagina Inicial

| | 🛗 Terça-feira, 18 de junho 2024 | 🛛 Sua sessão expirará em 59 min 49 s | Sair |
|--------------------------------------|---|---|------|
| Cooperativa | Saldos e Extratos Pagamentos E Benefício Loja Assinaturas | impréstimos Pix Transferências Outros Serviços Eleição | |
| junto com você | Home | | |
| Meus dados 🔸 | Página Inicial | | |
| Seja bem vindo, | Serviços mais acessados » Benefício :: Consultar / Excluir | | |
| Gerenciar Conta: | » Benefício :: Solicitar Reembolso » Empréstimos :: Refinanciar Contrato » Empréstimos :: Refinanciar Contrato » Empréstimos :: Contratos Ativos | S S | |
| Último acesso 18/06/2024 14:59:45 | | | |
| Número de acesso(s) 33 | | | |

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





Menu de benefício



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.

| Selecione | MEDICA | MENTOS | | |
|--|----------|--|-------------------|-------|
| Dependente | | | | |
| Selecione | | | | |
| CNPJ | | Nome do Fornece | dor | |
| L/_ | | | | |
| Número da No | ta | Data da Nota | Valor da Nota(F | ۲\$) |
| | | (Internet in the second secon | | 0 |
| Série da Nota | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ANEXO | Nonhun | n arquivo escolhido | | |
| ANEXO Escolher Arquivo | Nennuh | | miles de FMP no h | tel. |
| ANEXO Escolher Arquivo Os anexos nã | o poder | ão ultrapassar o li | mite de SMB no to | otal. |
| ANEXO Escolher Arquivo Os anexos nã | o poder | ão ultrapassar o li | mite de SMB no to | otal. |
| ANEXO Escolher Arquivo Os anexos nã Adicionar | o podera | ão ultrapassar o li | MITE DE SMB NO TO | otal. |
| ANEXO Escolher Arquivo Os anexos nã Adicionar | o podera | ão ultrapassar o li envio da solicitação de r | reembolso: | otal. |



Solicitar reembolso

| Benef Sele | ício ecione | |
|---------------|---|----------|
| Vo | Itar Solicitar | |
| COOPE | RATIVA | × |
| Bene | fícios | |
| | Descrição | A |
| 0 | MEDICAMENTOS | |
| 0 | ÓCULOS, SUBST. DE LENTES OU LENTES DE CONTATO | |
| 0 | AUXÍLIO NATALIDADE | |
| 0 | AUXÍLIO FUNERAL | |
| 0 | PRÓTESES E ÓRTESES MÉDICAS | |
| 0 | CINTAS E MEIAS ELÁSTICAS | |
| 0 | VACINAS | . |
| | ОК Fechar | |

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

Marque a modalidade do benefício e clique em OK.

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 MEDICA | MENTOS |
| Dependente 1 Selecione | |
| CNPJ 2 L/ | Nome do Fornecedor 3 |
| Número da Nota ஆ | Data da Nota 5 Valor da Nota(R\$) 6 0 |
| Série da Nota | \otimes |
| ANEXO Escolher Arquivo Nenhum Os anexos não poderã | arquivo escolhido o ultrapassar o limite de 5MB no total. |
| Adicionar ⁸ | |
| Limites de gastos para er Limite mínimo R\$ 20,6 Limite máximo R\$ 2.8 | nvio da solicitação de reembolso: 00. 124,00. |

Caso a solicitação de reembolso seja para o dependente, deve-se clicar em Dependente \rightarrow 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, será necessário incluir o(s) anexo(s) buscando-os no seu dispositivo, sendo o Cupom/Nota fiscal e sua respectiva receita médica, preferencialmente em um único PDF.



Solicitar Reembolso

| Selecione | MEDICA | AMENTOS | |
|--|--|---|------------------------------------|
| Dependente | | | |
| Selecione | | | |
| CNPJ | | Nome do Fornece | dor |
| 61.585.865/ | 0471-15 | NOME DO ESTAB | ELECIMENTO |
| Número da N | ota | Data da Nota | Valor da Nota(R\$) |
| 123 | | 29/05/2024 | 1.500,00 |
| ANEXO Escolher Arquin | vo RECEIT | A TESTE.pdf ão ultrapassar o l | imite de 5MB no total. |
| ANEXO Escolher Arquin Os anexos n RECEITA RECEITA Adicionar | vo RECEIT ão poder + CUPOM TESTE.pdi | A TESTE.pdf ão ultrapassar o l i FISCAL TESTE.pdf f Conferir | imite de 5MB no total. Conferir |

Após inserir os anexos, é possível clicar no botão **Conferir** para verificar se estão corretos.

Clicar no botão **Adicionar** somente após preencher os campos em laranja e inserir os anexos, seguindo a ordem especificada na imagem na página 10

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**.



| 0 | |
|------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| 1 | Excluir |
| 2024 | × |
| | |
| 20 |)24 |

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 | | Depe | endente | Data | | Número | Valor | Serie |
|---|-------------------------|--------|-----------------|----------|-------------------------------|----------------|--------|----------|-------|
| + | NOME DO ESTABELECIME | ENTO | | | 29/05/20 | 024 | 123 | 1.500,00 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | I | Inform | ie sua | Senha de | e 6 díaitos | : | | | |
| | I | Inform | e sua 0 | Senha de | e 6 dígitos 1 3 | : 5 | | | |
| | I | inform | o 0 9 | Senha de | e 6 dígitos 1 3 2 x Lir | : 5 mpar | | | |
| | I Senha | Inform | e sua 0 9 | Senha de | e 6 dígitos 1 3 2 x Lir | : 5 mpar | | | |

Ao clicar na opção **Solicitar**, aparecerá o teclado numérico virtual para a digitação da senha.

Após digitar, clique em Confirmar.



| | uitado | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--------------|---------|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----|------------------|--------------|---|
| | | Case | não | visualize a | Solicit | ação: | | | | | |
| | | | | Clique aqu | i. | | | | | | |
| = | | - | + | | de 1 | | | | | Q | |
| | | CECM SER | V.FED | .COM.SESC/SE | NAC SAG | PAUL | o | | Data: | 3/18/2024 | |
| | | SOLICITA | ÇÃO DE | E REEMBOLSO | DOS | | | | Hora: Página: | 1:45:27 PM | |
| | | MEDIO | CAMEN | TOS - PROPO | STA | | | | Versão | 1.861 A | |
| | | | | nos - rhore | on | | | | torato. | | |
| | | | | noo - more | SIA | | | | Terano. | | |
| | | | | | JIA | | | | Ter salo. | | |
| | | | | | J. | | | | | | |
| | | | | | JI. | | | | | | |
| | DADOS DO COOPERADO: | | | | SIR | | | | | | |
| | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): | | | | 517 | | | | | | |
| | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - COOP | PERATIVA / | 092 - C | COOPERATIVA | 51X | | | | | | _ |
| | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - COOF Matricula: | PERATIVA / | 092 - C | COOPERATIVA Data de | Admissā | o na Co | operati | va: | | | - |
| | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - COOF Matricula: Profissão/Cargo: | PERATIVA / | 092 - C | COOPERATIVA Data de . com jorna | Admissā la de tra | o na Co balho de | operati | va: | hora | as semanais, | - |
| | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - COOF Matricula: Profissão/Cargo: recebendo salário mensal de R\$ | PERATIVA / | 092 - C | COOPERATIVA Data de com jorna | Admissā Ja de tra Jalário-h | o na Co balho de ora de R | operati | va: | hore | is semanais, | - |
| - | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - COOF Matricula: Profissão/Cargo: recebendo salário mensal de R\$ | PERATIVA / | 092 - C | COOPERATIVA | Admissä Ja de tra valário-h | o na Co balho de ora de R | operati | va: | hora | ıs semanais, | - |
| F | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - COOF Matricula: Profissão/Cargo: recebendo salário mensal de R\$ FORMA DE PAGAMENTO: Iº Banco: Nº Agênci | >ERATIVA / / | 092 - C | COOPERATIVA Data de com jorna ou : Nº Conta Corre | Admissā Ja de tra valário-h | o na Co balho de ora de R | operati \$ | va: | hore | as semanais, | - |
| F N D | DADOS DO COOPERADO: Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - COOF Matricula: Profissão/Cargo: recebendo salário mensal de R\$ COMA DE PAGAMENTO: Nº Agênci DADOS DO DOCUMENTO FISCAL | PERATIVA / / | 092 - C | COOPERATIVA Data de ou : ou : Nº Conta Correi | Admissä ja de tra jalário-h | o na Co balho de ora de R | operati b t\$ | va: | hora | as semanais, | - |

Neste momento o sistema disponibiliza a Solicitação para impressão.





CONSULTA, CANCELAMENTO E REIMPRESSÃO

| Saldos e Extratos | Paga | mentos Emp | oréstimos Pix Tra | nsferências | |
|-------------------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|--|
| Benefício | Loja | Assinaturas | Outros Serviços | Eleição | |
| | | | | | |
| Home > Benefício | | | | | |
| Benefício | | | | | |
| Solicitaçõe » Solicitar Re | embolso | | | | |
| Consultas * Consultar / | e Canc Excluir | elamentos | | | |

Para consultar a sua solicitação, efetuar o cancelamento ou a reimpressão do formulário, basta clicar na opção Benefíco \rightarrow Consultas e Cancelamentos \rightarrow Consultar/Excluir.

| | Consultar / Excluir | |
|----------|---|--|
| | Dê 01/03/2024 Até 18/03/2024 OTodos OProposta OAutorizado OEm Análise ORecusado ORascunho Pesquisar | |
| Em segui | da preencha a data da solicitação. | |



Consulta

| x | Descrição | Número da Solicitação | Data da Solicitação | Situação |
|---|---------------|-----------------------|------------------------|------------|
| ۲ | MEDICAMENTOS | 82599 | 07/03/2024 | Autorizado |
| 0 | MEDICAMENTOS | 77844 | 02/01/2024 | Autorizado |
| | Voltar Imprin | nir Editar E | Excluir | |

Escolha a Solicitação e clique no símbolo +

| x | Descrição | Número da Solicitação | Data da Solicitação | Situação |
|---|------------------------|-----------------------|------------------------|------------|
| ۲ | - 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 🛨 | | |

O sistema irá mostrar todas as informações pertinentes a sua solicitação. Você pode acompanhar a Situação da solicitação conforme abaixo:

- **PROPOSTA** = Em análise na cooperativa.
- **AUTORIZADO** = 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.



Cancelamento

| x | | Des | scrição | Núme | ro da Solicitaçã | ão | Data Solicitaç | da ão | Situação |
|---|-------|-------|---------|-------|------------------|--------|-------------------|----------|----------|
| 0 | ÷ | MEDIC | AMENTOS | 83407 | | | 18/03/20 | 24 | Proposta |
| | Volta | ar | Imprin | nir | Editar | Exclui | ir | | |

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

| Cancelar Solici | tação | | | | | | |
|--|------------------------|------------------|-----------|----------|-------------|-------------|-------|
| Após conferir todas a segurança e clique er | s informa n Confirn | ações da nar. | Solicitaç | ão, digi | te sua cont | rassenha de | |
| Dados da Solicitação | | | | | | | |
| Núme | ro: XXXX | C | 1000 | | | | |
| Benerio | 10:1 - M | EDICAME | NIOS | | | | |
| Data de Solicitaç | ao: xx/x | X/XXXX | | | | | |
| Situaç Malan da Calialtan | ao: Propo | osta | | | | | |
| Valor da Solicitaç | ao: | | | | | | |
| CNPJ | Desc | rição | Nú | mero | Data | Valor | Serie |
| Descrição do Motivo cancelamer | de ito: | | | | | ß | |
| | Informe | sua Sen | ha de 6 | dígitos: | | | |
| | 8 | 4 3 | 5 | 1 | 6 | | |
| | 7 | 2 9 | 0 | × Lin | npar | | |
| Senha | | | | | | | |
| | V | oltar | C | onfirm | ar | | |

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**.

| Resultado | |
|---|--|
| A solicitação foi excluída com sucesso. | |
| Voltar | |



Reimpressão

| x | | Des | crição | Núme | ro da Solicita | ção | Da Solici | ita da itação | Situação |
|---|-------|-------|---------|------|----------------|-----|--------------|------------------|----------|
| 0 | + | MEDIC | AMENTOS | | | | | | |
| | Volta | ar | Imprir | nir | Editar | E | xcluir | | |

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

| | iltado | | | | | |
|----------|--|---|---|--|--------------------------------------|---|
| | | Caso nã | o visualize a Solicita | cão: | | |
| | | | Clique aqui. | | | |
| | | - + | 1 de 1 | | | Q |
| | | CECM SERV.FE SOLICIȚAÇÃO MEDICAME | D.COM.SESC/SENAC SAO DE REEMBOLSO DOS INTOS - PROPOSTA: | PAULO | Data: Hora: Página: Versão: | 3/18/2024 1:45:27 PM 1 1.861.A |
| | | | | | | |
| | Cooperado(a): | | | | | |
| | Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - CO | OPERATIVA / 092 - | COOPERATIVA | na Cooperativa: | | |
| | Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - CO Matricula: Profissão/Careo: | OPERATIVA / 092 - | COOPERATIVA Data de Admissão com iornada de trab | na Cooperativa: | hora | s semanais. |
| | Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - CO Matricula: Profissão/Cargo: recebendo salário mensal de f | OPERATIVA / 092 - | COOPERATIVA Data de Admissão com jornada de trabu ou salário-hos | na Cooperativa: _ siho de a de R\$ | hora | s semanais, |
| FO | Cooperado(a): Entidade/Unidade: 5 - CO Matricula: Profissăo/Cargo: recebendo salário mensal de l RMA DE PAGAMENTO: | OPERATIVA / 092 - | COOPERATIVA Data de Admissão com jornada de trab ou salário-hor | na Cooperativa: _ siho de a de R\$ | hora | s semanais, |
| FO | Cooperado(a): Entidade/Unidade: 6 - CO Matricula: Profissão/Cargo: recebendo salário mensal de l RMA DE PAGAMENTO: Banco: Nº Agé | OPERATIVA / 092 - | COOPERATIVA Data de Admissão com jornada de trabi ou satário-hor Nº Conta Corrente: | na Cooperativa: alho de a de R\$ | hora | s semanais, |
| FO N° | Cooperado(a): Entidade/Unidade: <u>6 - CO</u> Matricula: Profissão/Cargo: recebendo salário mensal de l RMA DE PAGAMENTO: Banco: Nº Agé DOS DO DOCUMENTO FISCAI | OPERATIVA / 092 - | COOPERATIVA Data de Admissão com jornada de trabi ou salário-hoi Nº Conta Corrente: | na Cooperativa: siho de a de R\$ | hora | s semanais, |

Em seguida aparecerá o formulário para Download.



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 90 dias a contar da data da compra até a solicitação no site.

• As receitas médicas também possuem uma validade de 180 dias a contar da data da emissão até a solicitação no site.

- 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, (011) 3329-2854 e (11) 3329-2860.





INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Auxilio 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

Auxilio Funeral

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



Manual de Procedimento



Rua Florêncio de Abreu, 305 - 4º andar - Centro

São Paulo - SP

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