



Especificação de troca de arquivos de movimentação cadastral de beneficiários

Especificação de troca
de arquivos de movimentação
cadastral de Beneficiários

Sumário

Suporte _____	03 pg
Troca de arquivos (Conteúdo, Forma, Periodicidade, Canal) _____	03 pg
Nomenclatura de arquivos _____	03 pg
Layout de Arquivo _____	04 pg

Resumo: Esta especificação detalha um modelo de arquivo com o objetivo de disponibilizar documento com todas as informações inerentes ao processo de troca de base de beneficiários.

Suporte

Integração, relacionamento e operação:

E-mail: odonto@mapfresaude.com.br

Telefone: (11) 5111-2033

Telefone: (11) 5111-2024

Troca de arquivos

CONTEÚDO: Layout do arquivo.

FORMATO: Todos os relatórios deverão ser desenvolvidos somente no formato XML (excel).

PERIODICIDADE: Mensal

CANAL: E-mail

Nomenclatura de arquivos

BENEFICIÁRIOS: Movimentação _ Nome Empresa _ Mês _ Ano.xml

Layout de Arquivo

COLUNA	TAMANHO	DESCRIÇÃO	CAMPO OBRIGATÓRIO		
			INCLUSÃO	CANCELAMENTO	ALTERAÇÃO
TIPO DE REGISTRO	1	Indica a operação a ser realizada no cadastro do beneficiário	S	S	S
		"N" = Nova Adesão Titular			
		"D" = Novo Dependente (Quando a inclusão for realizada no mesmo momento que o titular).			
		"I" = Inclusão de Dependente (Quando o titular estiver cadastrado e for necessário o cadastro somente do dependente).			
		"C" = Cancelamento (Quando for efetivar o cancelamento do titular e/ou grupo familiar).			
		"E" = Exclusão de Dependente (quando for realizar a exclusão somente do dependente).			
		"A" = Alteração de Dados Cadastrais, exceto número de CPF.			
		"U" = Movimentação de Plano (Upgrade)			
PLANO	5	Nome variável, conforme empresa e plano.	S	N	N
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	5	Obrigatório preenchimento para as movimentações de Tipo "C" cancelamento ou "E" exclusão dependente (vide Tipo de Movimentação). Nesse campo, deverá ser preenchido o código do beneficiário, registrado do mesmo em sistema. Essa informação consta na Relação de funcionários (RF) disponível no Portal MAPFRE Saúde – Área Logada Empresa.	N	S	S
NOME COMPLETO	45	Preenchimento do nome completo do beneficiário (titular ou dependentes) sem abreviações, sem acento e sem 'c' cedilha.	S	S	S
TIPO DE DEPENDÊNCIA	1	Preencher com as letras "T", "D" ou "A", conforme legenda abaixo:	S	S	S
		"T" = Titular,			
		"D" = Dependente			
		"A" = Agregado			
CPF DO BENEFICIÁRIO	11	Deverá ser preenchido sem pontos e traços.	S	S	S
NOME DA MÃE	45	Deverá ser preenchido sem abreviações, acentuações gráficas e 'c' cedilha.	S	N	N
DATA DE NASCIMENTO	8	Data de nascimento do titular e/ou dependente. Deverá ser preenchida sem barras de separação, formato DDMMAAAA	S	N	N

Legenda: S = Obrigatório N = Não Obrigatório OP = Opcional

Layout de Arquivo

SEXO	1	Deverá ser preenchido com os números "1" ou "3", conforme legenda abaixo:	S	N	N
		"1" = Masculino			
		"3" = Feminino			
CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	15	Deverá ser preenchido sem pontos, traços e barras	S	N	N
ESTADO CIVIL	1	Deverá ser preenchida conforme legenda abaixo:	S	N	N
		"1" = Casado			
		"2" = Solteiro			
		"03" = Divorciado			
		"04" = Viúvo			
LOGRADOURO	40	Nome completo do endereço residencial ou comercial	S	N	N
NUMERO	5	Sem observações	S	N	N
COMPLEMENTO	15	Sem observações	S	N	N
BAIRRO	30	Sem observações	S	N	N
CIDADE	30	Deverá ser preenchido sem abreviações e acentuações gráficas	S	N	N
UF	2	Sem observações	S	N	N
CEP	8	Deverá ser preenchido sem traços.	S	N	N
TIPO DE TELEFONE	1	O tipo de telefone deverá ser preenchida conforme legenda abaixo:	S	N	N
		"1" = Residência			
		"2" = Comercial			
		"3" = Celular			
		"4" = Fax			

Legenda: **S** = Obrigatório **N** = Não Obrigatório **OP** = Opcional

Layout de Arquivo

DDD TELEFONE	2	Preencher o número do DDD	S	N	N
TELEFONE	25	Sem observações	S	N	N
DATA DA OPERAÇÃO	8	Preencher a data em que está realizando a movimentação, formato DDMMAAAA.	S	S	S
DATA DE INÍCIO DE VIGENCIA	8	EM CASOS DE INCLUSÕES: Preencher sempre com o primeiro dia do mês subsequente a data em que está realizando a movimentação. Não preencher barras de separação, formato DDMMAAAA.	S	N	N
		EM CASOS DE EXCLUSÕES: Preencher sempre com o último dia útil do mês corrente, sem barras de separação, formato DDMMAAAA.	N	S	N
MOTIVO DE CANCELAMENTO	1	Deverá ser preenchida conforme legenda abaixo:	N	S	N
		"2" = Exclusão Voluntário (quando o funcionário solicita o cancelamento)			
		"4" Contratação (quando a empresa demite o funcionário)			
LOCAÇÃO	45	Preenchimento variável de acordo com o nome da empresa, sendo ela estipulante ou subestipulante.	S	S	S
EMAIL	50	Sem observações	OP	N	N
GRAUDE PARENTESCO	2	Deverá ser preenchida conforme legenda abaixo:	S	N	N
		"0" = Não informado (usar quando for o registro do titular)			
		"1" = Agregado			
		"2" = Cônjuge			
		"3" = Filho (a)			
		"4" = Mãe			
		"5" = Pai			
		6" = Tio (a)			
		"7" = Enteado (a)			
VINCULO CPF TITULAR	11	Campo utilizado para vincular titulares e dependentes. Deverá ser preenchido sem pontos e traços, toda vez que for utilizado o tipo de registro "D" novo dependente ou "I" inclusão dependente (vide Tipo de Registro).	S	S	N

Legenda: **S** = Obrigatório **N** = Não Obrigatório **OP** = Opcional

Layout de Arquivo

CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR	5	Deverá ser preenchido sem pontos e traços, toda vez que for utilizado o tipo de registro "D" novo dependente ou "I" inclusão dependente ou "E" exclusão dependente (vide Tipo de Registro). O Código, consta na Relação de funcionários (RF) disponível no Portal MAPFRE Saúde – Área Logada Empresa.	S	S	N
FUNCIONAL/ MATRICULA	8	Preencher o número da matrícula e/ou número de contrato do funcionário titular. Para os dependentes e agregados deverá ser repetido a mesma numeração de matrícula do titular do plano.	OP	OP	OP

Legenda: **S** = Obrigatório **N** = Não Obrigatório **OP** = Opcional

Contatos

MAPFRE | SAÚDE

Comunicação empresa/RH

Telefones: **(11) 5111-2033 | (11) 5111-2024**

E-mail: **odonto@mapfresaude.com.br**

Comunicação beneficiário

0800-862-7373

