
SAIBA COMO SOLICITAR

SUA ASSISTÊNCIA
À SAÚDE
SUPLEMENTAR
PELO SOUGOV.BR.

ANS Nº 423319



Anafe
SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR PELO SOUGOV.BR - ANAFE SAÚDE

Podem solicitar a Assistência à Saúde Suplementar os servidores e pensionistas desde que sejam titulares do seu respectivo plano ANAFE Saúde. Para realizar a solicitação, são necessários os seguintes documentos:

- ✓ **Número de registro da sua operadora na ANS: 42331-9 (ANAFE Saúde).**
- ✓ Contrato ou declaração do plano contendo o nome, CPF do titular, matrícula e valor da mensalidade;
- ✓ Comprovante de pagamento da mensalidade;
- ✓ Documentos dos dependentes (certidão de casamento ou nascimento).

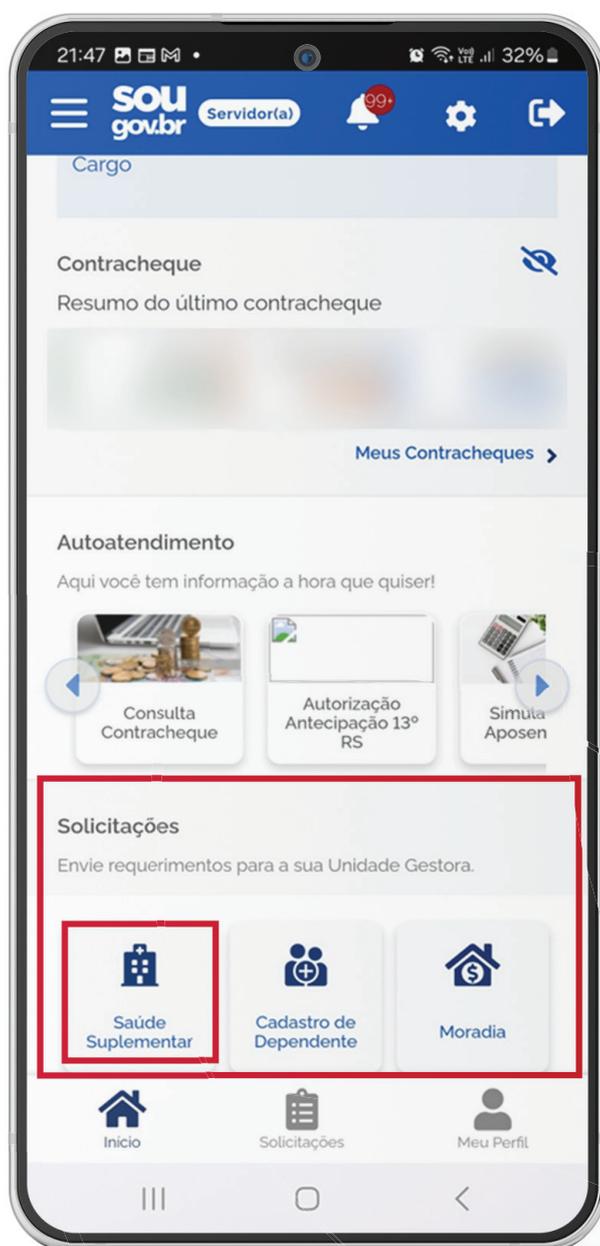
O processo de solicitação é composto por 5 etapas, que serão detalhadas no tutorial preparado para você:

1. Dados Iniciais
2. Informações sobre Dependentes
3. Valores
4. Inserção de Documentos
5. Conferência

SIGA O PASSO A PASSO NO TUTORIAL PARA CONCLUIR SUA SOLICITAÇÃO DE FORMA SIMPLES E RÁPIDA.

PASSO 1

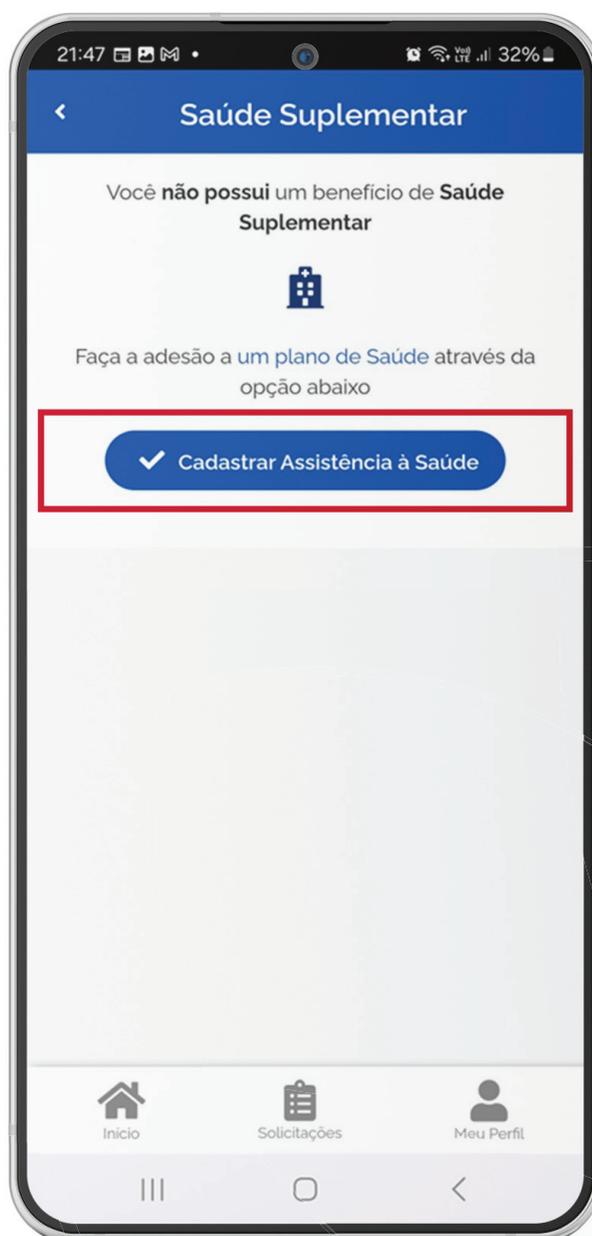
Ao acessar o SouGov.br com seu login, no bloco de **"Solicitações"** da tela inicial, clique em **"Saúde Suplementar"**.



PASSO 2

Ao clicar no ícone **"Saúde Suplementar"** será aberta uma tela informando se você possui ou não um benefício de Saúde Suplementar.

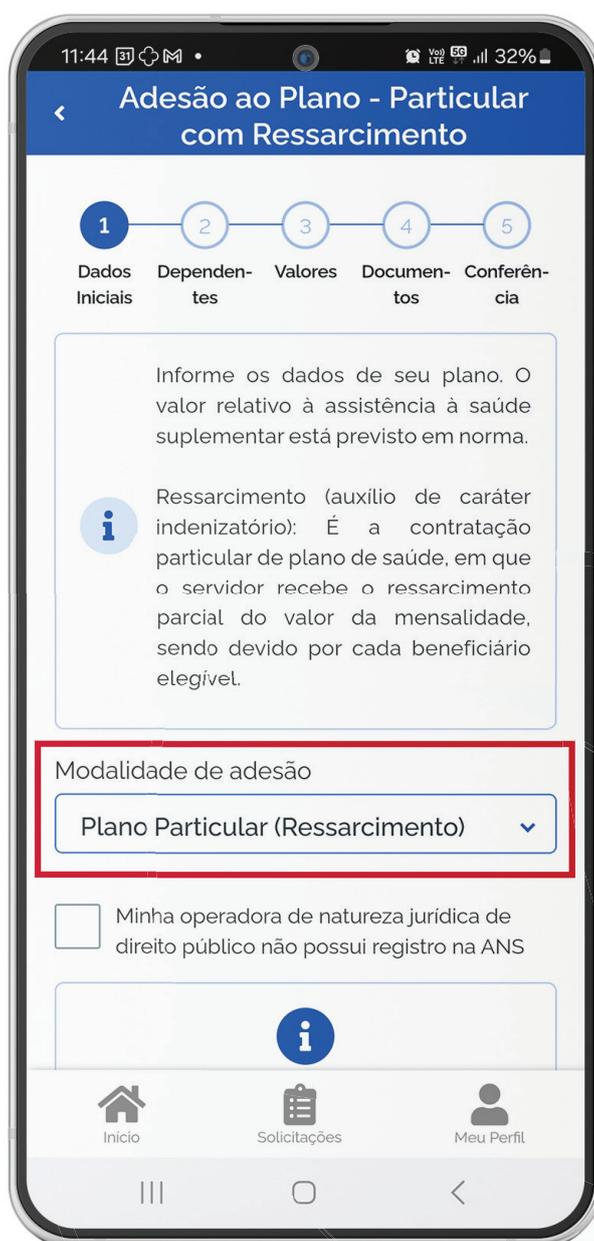
Caso não possua, você poderá clicar na opção **"Cadastrar Assistência à Saúde Suplementar"** e realizar a adesão em uma modalidade prevista para o benefício.



DADOS INICIAIS

PASSO 3

Em "**Modalidade de adesão**" selecione a modalidade de adesão. No caso da ANAFÉ SAÚDE, a opção a escolher é sempre "**Plano particular - ressarcimento**", conforme a imagem abaixo:



PASSO 4

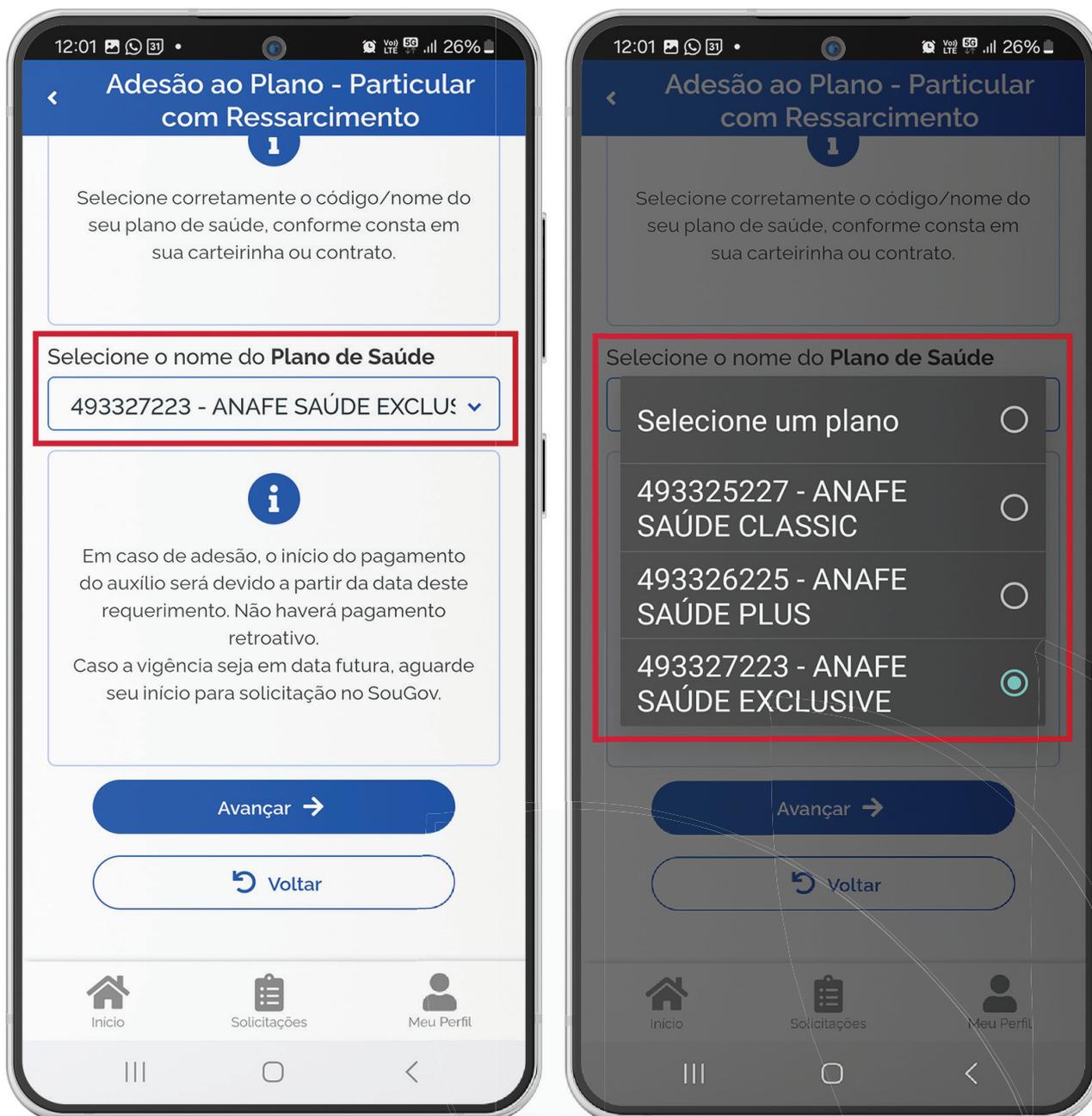
Informe o número de registro da operadora na ANS.

O número de registro da ANAFE Saúde é: 42331-9.



PASSO 5

Selecione corretamente o seu plano de Saúde.



PREENCHENDO OS DADOS DE DEPENDENTE

PASSO 6

Caso o dependente não esteja elencado para vínculo do plano de saúde, provavelmente:

a) Dependente não está registrado(a) em seu cadastro de dependentes.

Nesse caso, cadastre o(a) dependente e prossiga com a inclusão do plano de saúde.

Lembre-se: no serviço **“Cadastro de Dependente”** só será listado o registro do dependente caso você já tenha iniciado a solicitação da Assistência à Saúde Suplementar ou já tenha o benefício.

(Observação: persistindo a inconsistência, entre em contato com a Unidade de Gestão de Pessoas do seu vínculo).

b) Dependente tem grau de parentesco não elegível para o benefício de saúde suplementar.

Nessa situação é necessário que você entre em contato com sua Unidade de Gestão de Pessoas.



INFORMANDO VALORES

PASSO 7

Informe o valor da mensalidade contratada para cada beneficiário do plano.



ANEXANDO DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

PASSO 8

Anexe os documentos comprobatórios de titularidade e de pagamento relativos aos beneficiários, para a modalidade de ressarcimento. Para as demais modalidades o formulário de adesão disponibilizado pelas operadoras. Confira os dados de sua solicitação e clique em **"Avançar"**.



CONFERÊNCIA

PASSO 9

Para prosseguir com a solicitação é necessário concordar com os Termos de Adesão apresentados.

Concorda com os termos?

Pelo presente Termo de Ciência e Responsabilidade, DECLARO, para todos os fins legais, que:

I – Estou ciente e de acordo com as normas da Assistência à Saúde Suplementar, conforme o disposto no art. 230, da Lei 8.112/90, na Portaria Normativa N° 1, DE 9 DE MARÇO DE 2017, ou em norma superveniente;

II- Estou ciente, que em caso de adesão, o início do pagamento do benefício será devido a partir da data deste requerimento (com Web service) ou do cronograma estabelecido no contrato e convênio (sem Web service), na forma da legislação em vigor. Não haverá pagamento retroativo;

III - Comprometo-me a comunicar na plataforma do Sougov.br qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes, entre eles, casamento, morte, dentro do prazo de vinte dias a contar da data do evento, sendo obrigatória a atualização cadastral devida, evitando possíveis reposições financeiras (reposição ao erário);

IV – Não possuo, ou meus dependentes, nenhum plano de saúde, custeado de forma parcial ou integral pela União, Estados, DF e Municípios, seja na qualidade de titular, dependente ou pensionista;

V – Estou ciente que, em caso de encerramento do benefício, serão apurados os valores recebidos a título de Assistência à Saúde Suplementar (Per Capita) e as comprovações de quitação, para

cronograma estabelecido no contrato e convênio (sem Web service), na forma da legislação em vigor. Não haverá pagamento retroativo;

III - Comprometo-me a comunicar na plataforma do Sougov.br qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes, entre eles, casamento, morte, dentro do prazo de vinte dias a contar da data do evento, sendo obrigatória a atualização cadastral devida, evitando possíveis reposições financeiras (reposição ao erário);

IV – Não possuo, ou meus dependentes, nenhum plano de saúde, custeado de forma parcial ou integral pela União, Estados, DF e Municípios, seja na qualidade de titular, dependente ou pensionista;

V – Estou ciente que, em caso de encerramento do benefício, serão apurados os valores recebidos a título de Assistência à Saúde Suplementar (Per Capita) e as comprovações de quitação, para análise da necessidade de reposição ao erário;

VI- Estou ciente que somente o titular (servidor) poderá fazer o pedido de adesão, alteração, migração ou encerramento do plano de saúde;

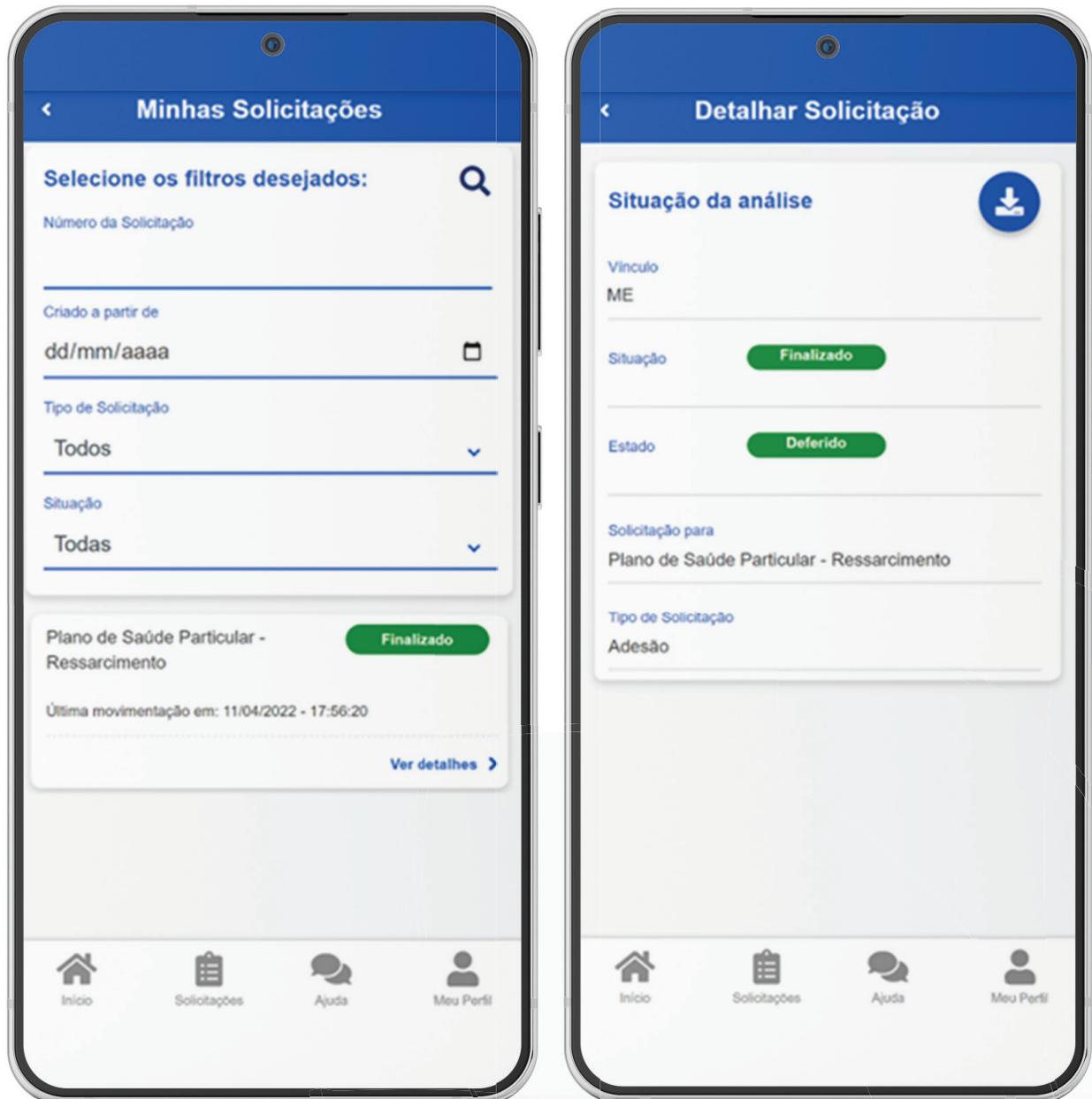
VII - Estou ciente que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, bem como às previstas na Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, se descumpridas as determinações legais pertinentes ao caso.

✓ Aceito os termos

↶ Voltar

AGORA É SÓ AGUARDAR QUE A SUA SOLICITAÇÃO SEJA ANALISADA PELA EQUIPE DE GESTÃO DE PESSOAS!

Você pode acompanhar o requerimento enviado no bloco "**Solicitações**", disponível na home do SouGov.br.



ANS Nº 42331-9



Anafe
SAÚDE