

Como alterar a Assistência à Saúde Suplementar?

**ATENÇÃO QUANDO FOR ANEXAR UM DOCUMENTO NO SOUGOV!**

Para que sua Unidade de Gestão de Pessoas possa dar continuidade ao atendimento da sua solicitação, é muito importante que o documento anexado esteja legível! Leia com atenção essas dicas:

A legibilidade pode ser afetada:

- se o documento estiver amassado, com marcas ou rasuras e
- se a imagem foi gerada em local pouco iluminado ou no modo paisagem (página deitada).

Informações importantes:

* A assistência à saúde na modalidade ressarcimento somente será devida a partir da data do Requerimento pelo SOUGOV.BR, ou da vigência do plano, quando esta for posterior à data da solicitação, não havendo a possibilidade de retroagir pagamentos realizados anteriormente.

* O auxílio será incluído no contracheque do titular do benefício e será pago mensalmente.

* Não serão aceitos comprovantes de agendamento de pagamento de títulos, pois estes não comprovam a quitação do débito, o que está condicionado a saldo disponível na conta.

* Se o plano de saúde contratado, por imposição das regras da operadora, não permitir a inscrição de dependentes, obrigando a realização de um contrato para cada beneficiário, será necessário fazer prova inequívoca de responsabilidade financeira relativamente a seus dependentes para fazer jus a receber o ressarcimento também por estes.

* O valor do ressarcimento a ser pago no custeio da assistência à saúde suplementar está fixado na Portaria nº. 2.829. Segundo a referida portaria, o valor da per capita é calculado considerando a faixa salarial (remuneração) e de idade do(a) servidor(a). No caso da per capita devida aos dependentes, o cálculo leva em consideração a remuneração do servidor e a idade do dependente.

* Para fins de pagamento da per capita o valor é limitado ao valor individual gasto por cada beneficiário, tendo como parâmetro o teto da legislação vigente.

* Só é permitido possuir um cadastro vigente de benefício de Assistência à Saúde Suplementar por vez. Para solicitar uma nova adesão, em qualquer que seja a modalidade, deverá ser solicitado e deferido o encerramento do plano anterior vigente no sistema.

* A comprovação anual dos valores pagos ao plano de saúde é necessária para todos aqueles que recebem o auxílio-saúde por meio de ressarcimento.

Acesse o SouGov, no bloco de "Solicitações" da tela inicial e clique no ícone "Saúde Suplementar".



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 a Saúde" e realizar a adesão a um plano de saúde.

Caso possua e queira atualizar o contrato, use a opção Alterar/Recadastrar plano.

<

Saúde Suplementar

Você possui um benefício de Saúde Suplementar

Benefício	
Modalidade	Particular - Ressarcimento
Data de Início do Ressarcimento	05/04/2022
Situação	Ativo
Nr. Registro ANS (plano)	
Plano	
Nr. Registro ANS (operadora)	
Operadora	

* Os dados de plano e operadora são obtidos junto a ANS através do número de registro.

 Alterar/Recadastrar Plano

 Encerrar Plano

 Voltar

 Início

 Solicitações

 Ajuda

 Meu Perfil

Em "Modalidade de adesão" selecione a modalidade de adesão: Plano Particular (Ressarcimento)

19:12   

< **Adesão ao Plano**

1 2 3 4 5
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

 Atenção! Certifique-se com a sua unidade de gestão de pessoas a modalidade de assistência à saúde complementar do seu plano. Selecione Ressarcimento ou Convênio/Contrato.

Modalidade de adesão

Selecione uma modalidade 



Localize o número de registro da operadora na ANS em sua carteirinha ou no contrato do plano de saúde conforme abaixo:

ANS N°XXXXX-X

Informe o Número de Registro da Operadora na ANS *

   
Início Solicitações Ajuda Meu Perfil

19:12   

< **Adesão ao Plano**

1 2 3 4 5
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

 Atenção! Certifique-se com a sua unidade de gestão de pessoas a modalidade de assistência à saúde complementar do seu plano. Selecione Ressarcimento ou Convênio/Contrato.

Modalidade de adesão

Selecione uma modalidade 

✓ Selecione uma modalidade

Plano Particular (Ressarcimento) 

Convênio ou Contrato

ANS N°XXXXX-X

Informe o Número de Registro da Operadora na ANS *

   
Início Solicitações Ajuda Meu Perfil

Informe os seguintes dados do seu plano/operadora:

- a) informe o número de registro da operadora na ANS -
digite apenas os números, sem espaços;
então **clique na lupa**.

Caso o sistema não encontre o número digitado:

Verifique no site da sua Operadora se não houve alteração no código ou

Certifique-se que o número digitado corresponde ao número da Operadora, não da Administradora.

- b) selecione o nome do plano de saúde.

Todas as informações podem ser encontradas:

no Contrato da Operadora ou na Carteirinha do Plano (frente/verso) ou
no Portal / App da Operadora (dados cadastrais) ou
contato direto com a operadora (declaração).

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

1 2 3 4 5
Dados Dependentes Valores Documentos Conferência Iniciais

Informe os dados de seu plano. O valor relativo à assistência a saúde suplementar está previsto em norma.

i Está sendo disponibilizada inicialmente a modalidade do tipo Plano Particular com ressarcimento. Em breve serão liberadas as demais modalidades no Sougov.

Modalidade de adesão
Plano Particular (Ressarcimento)

☐ Instituição não regulada pela ANS (PJ de direito público)

i
Localize o número de registro da operadora na ANS em sua carteirinha ou no contrato do plano de saúde conforme abaixo:

ANS N°XXXXX-X

Informe o Número de Registro da Operadora na ANS *

A)

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

ANS N°XXXXX-X

Informe o Número de Registro da Operadora na ANS *

i Clique na lupa após inserir o registro.

Nome da Operadora de Plano de Saúde

i
Selecione corretamente o código/nome do seu plano de saúde, conforme consta em sua carteirinha ou contrato.

Selecione o nome do Plano de Saúde

i Digite o código do plano para facilitar a busca

Avançar →

Voltar

Início Solicitações Ajuda Meu Perfil

B)

Após o preenchimento dos dados iniciais, se for o caso, será apresentada uma relação dos dependentes habilitados/cadastrados no SIAPE para o benefício:

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

1 2 3 4 5
Dados Dependentes Valores Documentos Conferência
Iniciais

Informamos que só aparecerão na relação abaixo os dependentes, dos servidores ativos ou aposentados, que preencham os requisitos necessários ao benefício pleiteado e que estejam devidamente cadastrados no SIAPE para tal.

i Para pensionista, não é permitido o cadastro de dependentes para adesão ao benefício da Saúde Suplementar.

Caso haja alguma inconsistência, verifique seu cadastro de dependentes ou procure sua Unidade de Gestão de Pessoas.

Avançar →

↶ Voltar

Início Solicitações Ajuda Meu Perfil

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

a) dependente não está em seu cadastro de dependentes. Nesse caso, cadastre o 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.

b) dependente tem grau de parentesco ou idade não elegível para o benefício de saúde suplementar.

Informe o valor de mensalidade do Plano contratado para cada um dos beneficiários do plano:

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

1

2

3

4

5

Dados IniciaisDependentesValoresDocumentosConferência

i

Informe o valor de mensalidade do plano contratado, para cada um dos beneficiários do plano.

Titular

Nome

Valor da mensalidade *

Avançar →

↶ Voltar

Início

Solicitações

Ajuda

Meu Perfil

Anexe os documentos comprobatórios de titularidade e de pagamentos relativos aos beneficiários:

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

1 2 3 4 5
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

i Anexe comprovação de titularidade e de pagamento dos beneficiários. Se necessário, adicione mais documentos para cada tipo de comprovação.

 Contrato do Plano de Saúde (PDF ou Imagem)
Cópia do Contrato ou Declaração **i**

 Comprovante de Pagamento Bancário (PDF ou Imagem)
Comprovante de pagamento do plano de saúde

 Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)

Avançar →

↶ Voltar

 Início  Solicitações  Ajuda  Meu Perfil

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

1 2 3 4 5
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

i Anexe comprovação de titularidade e de pagamento dos beneficiários. Se necessário, adicione mais documentos para cada tipo de comprovação.

x

Dados pessoais (Nome e CPF) e valor da mensalidade do titular
Dados pessoais (Nome e CPF) e valor da mensalidade dos dependentes
Número da matrícula do beneficiário no plano privado de assistência à saúde
Código do registro da operadora na ANS
Número do registro do plano de saúde na ANS
Nome do plano de saúde
Número do contrato/apólice
Data da contratação do plano de saúde
Data do início da cobertura contratual do beneficiário no plano privado de assistência à saúde

 Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)

 Início  Solicitações  Ajuda  Meu Perfil

Atenção: se o seu contrato está desatualizado porque você fez alterações de plano ou de dependente, peça para sua operadora ou administradora de plano de saúde uma Declaração que traga informações atualizadas com essas modificações e inclua no campo de anexar o contrato.

**Confira os dados de sua solicitação
e clique em "Avançar" :**

<

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

1

2

3

4

5

Dados Dependentes Valores DocumentosConferência Iniciais

i

Antes de avançar, confira os dados de sua solicitação.

Forma de Adesão

Plano Particular com Ressarcimento

Plano Contratado

Documentos Anexados

✓

Contrato do Plano de Saúde

Anexo: 0002245528-COPLS/2022

✓

Boleto de Cobrança Bancária

Anexo: 0002245530-BOBAN/2022

<

Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

Documentos Anexados

✓

Contrato do Plano de Saúde

Anexo: 0002245528-COPLS/2022

✓

Boleto de Cobrança Bancária

Anexo: 0002245530-BOBAN/2022

✓

Comprovante de Pagamento Bancário

Anexo: 0002245529-COPBA/2022

Valor da mensalidade

Titular

Avançar →

↶ Voltar

Início

Solicitações

Ajuda

Meu Perfil

Para prosseguir é necessário concordar com os Termos de Adesão apresentados:

< Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

sendo obrigatória a atualização cadastral devida, evitando possíveis reposições financeiras (reposição ao erário);

V – Não possuo, ou meus dependentes, nenhum plano de saúde, custeado de forma parcial ou integral pela União, como titular, dependente ou pensionista;

VI – Estou ciente que se, a qualquer tempo, meu cadastro constar como INATIVO na base de dados de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o benefício concedido a título de Assistência à Saúde Suplementar (Per Capita) será suspenso e deverei apresentar os devidos esclarecimentos e comprovações de quitação do plano em até 30 dias, para sua reativação;

VII – 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;

VIII – Estou ciente que somente o titular (servidor) poderá fazer o pedido de Adesão, Alteração ou Encerramento do referido benefício;

IX - 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

Início Solicitações Ajuda Meu Perfil

Agora é só aguardar que a sua solicitação seja analisada pela equipe.

Você pode acompanhar o requerimento enviado no bloco "Solicitações":

<

Minhas Solicitações

Selecione os filtros desejados:

Número da Solicitação

Criado a partir de

dd/mm/aaaa

Tipo de Solicitação

Todos

Situação

Todas

Plano de Saúde Particular - Ressarcimento

Finalizado

Última movimentação em: 11/04/2022 - 17:56:20

Ver detalhes >

Início

Solicitações

Ajuda

Meu Perfil



Contato/Whatsapp: 3432258074

**Caso queira encerrar o plano,
acesse [aqui](#).**