O procedimento de comprovação a ser realizado tem o nome de **RECADASTRAMENTO**, e representará a quitação do servidor com a obrigação de prestação de contas quanto ao recebimento de valores compensatórios para o pagamento do plano de saúde.

Diferentemente do que se exigia até então, não será apenas pedido o comprovante de quitação do exercício de 2021, mas outros dados, que você deve buscar antes de iniciar o recadastramento:

### 1. Número de registro da operadora na ANS

### 2. Nome do plano de saúde

Essas informações podem ser encontradas:

- a) no contrato da operadora
- b) na carteirinha do plano ou no boleto
- c) no portal /app da operadora (dados cadastrais)
- d) contato direto com a operadora (declaração)

### Além disso, é necessário anexar os seguintes documentos ao longo do procedimento:

### 1. Contrato

- 2. Boleto do mês corrente
- 3. Comprovante de pagamento do mês corrente

SEGUE ABAIXO TUTORIAL COM INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO ATRAVÉS DO SOUGOV:

Na tela inicial do SouGov, no submenu de Solcitações, acesse a opção "Saúde Suplementar":



### Autoatendimento

Aqui você tem informação a hora que quiser!



#### Ver todas as opções >



1) Após clicar no ícone "Saúde Suplementar", selecione "Alterar/Recadastrar Plano" e informe os seguintes dados do seu plano:

a) número de registro da operadora na ANS: É um número de 6 dígitos, que em geral consta no seguinte modelo:

b) nome do plano de saúde

	Beneficio
Modalidade	Particular Ressarciment
Data de Início Ressarcimen	o do to
Situação	Ativ
Nr. Registro	ANS (plano)
Plano	
Nr. Registro	ANS (operadora)
Operadora	
• On dadag d	a plana a procedara dão obtidos junto a ANI
através do nú	mero de registro.
através do nú	Dependentes
Data Nascim	Dependentes
Data Nascim	Dependentes ento
Data Nascim	Dependentes ento
Data Nascim	Dependentes ento Alterar/Recadastrar Plano C Encerrar Plano Voltar

## 2) DEPENDENTES

Após o preenchimento dos dados iniciais, será apresentada uma relação dos dependentes habilitados/cadastrados no Siape para o benefício a ser confirmado.

Observação: caso haja alguma inconsistência, verifique seu cadastro de dependentes ou procure a Dapes. Eis a tela:



### 3) VALORES

Informe o valor de mensalidade do plano contratado **para cada um** dos beneficiários. Não basta o valor cheio, é preciso discriminar por beneficiário (titular e cada dependente). No exemplo abaixo apenas o titular recebe:

1 Dados Iniciais Dener	2 3	4 5 Documentos Conferên
i Informe o va um dos bene	alor de mensalidade ( ficiários do plano.	do plano contratado, para cao
Titular		
Nome		
Valor da mensalidade *	150,00	
ע פי	htar	Avançar →

- 4. DOCUMENTOS: Nessa tela, é necessário anexar 3 documentos:
  - 1. Contrato do Plano de Saúde (obter com a operadora).
  - 2. Comprovante de pagamento do mês corrente.
  - 3. Boleto do mês corrente.

Após anexar os documentos, clique em anexar.



# 5. CONFERÊNCIA

Concorde com os termos e prossiga.



#### Concorda com os termos?

X

5

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 disposto no Art. 230, da Lei 8.112/90 e na Portaria Normativa Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2017;

II- Estou ciente, que em caso de adesão, o início do pagamento do benefício será devido a partir da data deste requerimento. Não haverá pagamento retroativo;

III- Estou ciente que caso a vigência do plano inicie em data futura, devo aguardar seu início para solicitação no SouGov;

Dat

Val

В

1

<

IV – Irei comunicar à área de Gestão de Pessoas da unidade a que sou vinculado (a), quanto a qualquer evento que implique a perda do meu direito e ou de meus dependentes inscritos, bem como quaisquer alterações das informações ora prestadas, 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);

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 – AMS o beneficio concedido a título

Solicitações

Ajuda

6. Você receberá uma mensagem de confirmação de envio. Este é o fim do procedimento.

Meu Perfil

0



Em caso de dúvidas ou dificuldades, entre em contato: <u>gfsilva@inmetro.gov.br</u>/2679-9786/ 2679-9334