



# CARTILHA DE ADESÃO



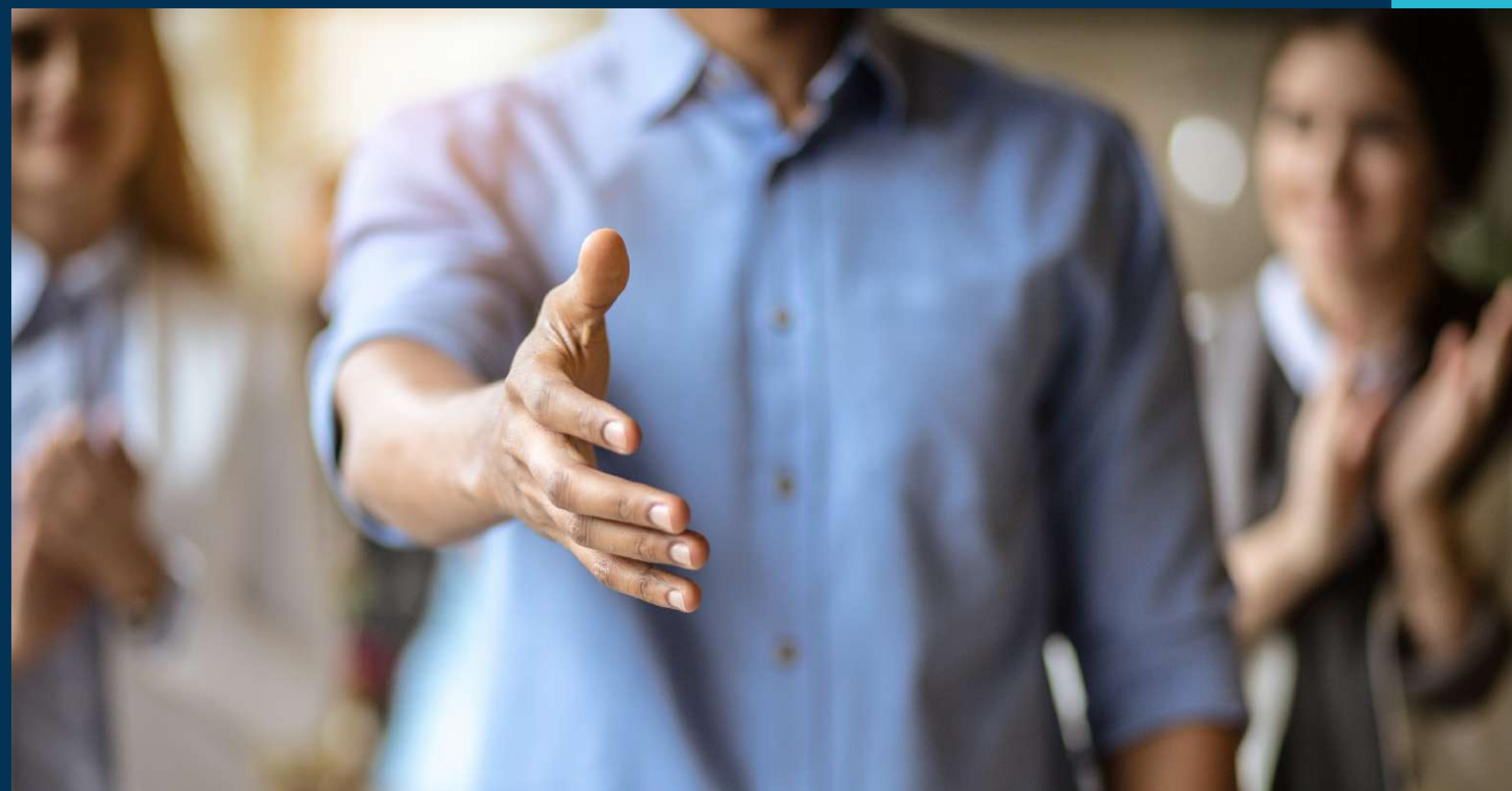


# Receba as boas-vindas da Assefaz!

A Fundação Assefaz coloca à disposição de servidores públicos federais e seus familiares os melhores planos de saúde do mercado.

Nossos planos têm nomes de pedras preciosas, porque sua saúde é valiosa para nós!

Fazer sua adesão é muito fácil. Basta seguir as orientações desta cartilha e desfrutar de todos os nossos benefícios.



# ORIENTAÇÕES PARA PREENCHER SUA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO

1

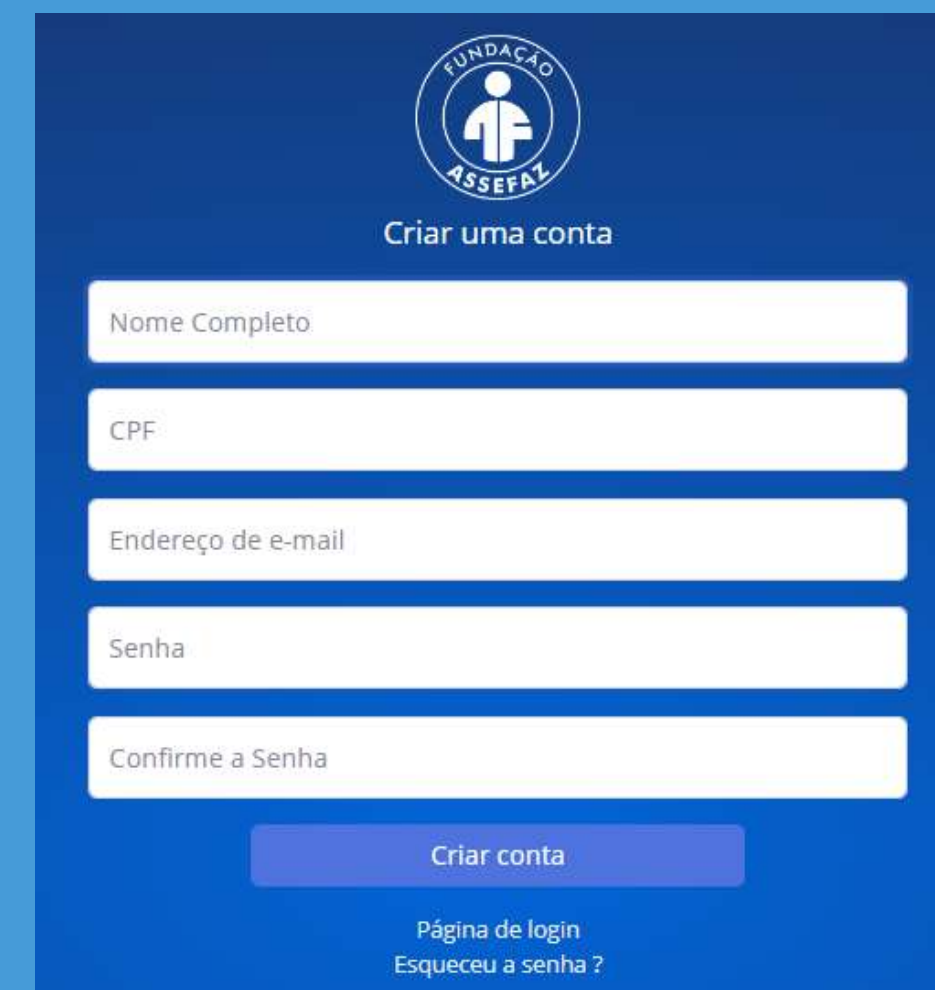
Para o primeiro acesso, será necessário criar uma conta, visto que todo o preenchimento é realizado em ambiente seguro. Para isso, acesse o link [www.assefaz.org.br/preInscricao/](http://www.assefaz.org.br/preInscricao/) e clique em "Cadastre-se":



The screenshot shows a registration page titled "Faça sua Adesão". It features a form with two input fields: "CPF" and "Senha". Below the "Senha" field are two buttons: "Assefaz Saúde. clique aqui" and "Assefaz Social. clique aqui". At the bottom, there is a link "Esqueci minha senha" and the text "Primeiro Acesso.Cadastre-se AQUI". To the right of the form is the ASSEFAZ logo.

2

Preencha todos os campos e selecione "Criar conta":



The screenshot shows a registration page titled "Criar uma conta". It features a form with five input fields: "Nome Completo", "CPF", "Endereço de e-mail", "Senha", and "Confirme a Senha". Below the form is a button labeled "Criar conta". At the bottom, there are links for "Página de login" and "Esqueceu a senha?". The ASSEFAZ logo is at the top.

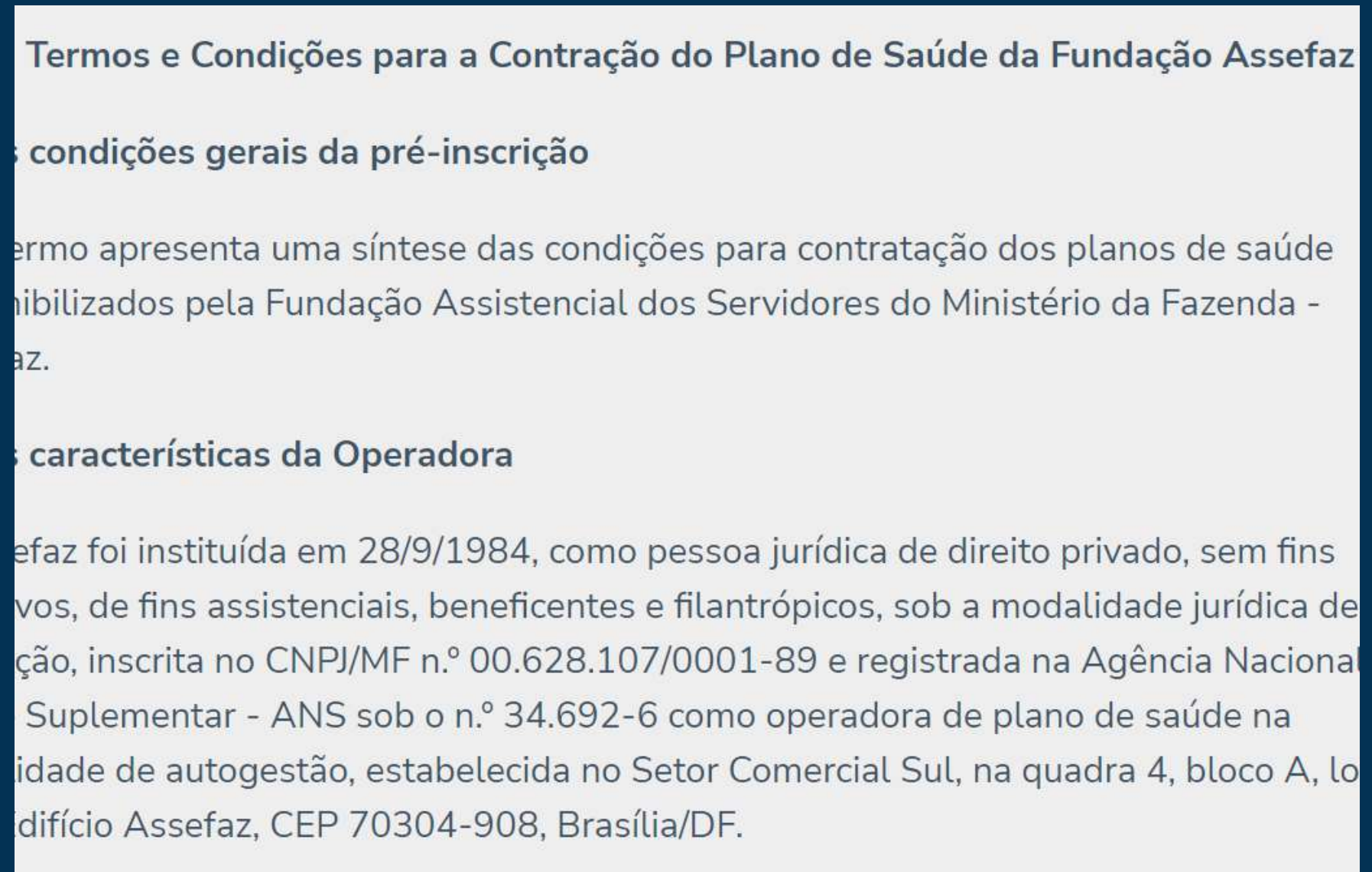




Efetue seu login com a senha criada e clique em "Nova solicitação":



Leia atentamente todos os itens do "Termo e Condições da Fundação Assefaz":





Após a leitura, clique em "CONCORDO COM OS TERMOS DE USO". Em seguida, em "Próximo":

o artigo 10 e artigo 11, inciso II, alíneas "d", "e" e "f", os dados pessoais serão compartilhados com os prestadores de serviço contratados pela Fundação e aos que auxiliam a prestação dos serviços disponibilizados.

garante a preservação e a guarda adequada dos dados, conforme as disposições contidas na Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD N.º 13.709, de 14 de agosto de 2018.

**✕ CONCORDO COM OS TERMOS DE USO.**

Anterior Próximo



Selecione o convênio com o qual possui vínculo:

Convênios (\*)

Selecione...

Selecione...

- AEPR - Assessoria Especial do Presidente da República
- AGU - Advocacia Geral da União
- AN - Arquivo Nacional
- ANA - Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico
- ANAC — Agência Nacional de Aviação Civil
- ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações
- ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica
- ANM - Agência Nacional de Mineração
- ANPD - Autoridade Nacional de Proteção de Dados
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANTAQ - Agência Nacional de Transportes Aquaviários
- ANTT - Agência Nacional de Transportes Terrestres
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CADE - Conselho Administrativo de Defesa Econômica
- CC-PR - Casa Civil da Presidência da República
- CGDF - Controladoria Geral do Distrito Federal





Selecione os serviços que deseja contratar. É possível contratar o plano de saúde e o plano social ou apenas um deles:

Convênios ( \* )

ME - Ministerio da Economia

Benefícios ( \* )

Selecione...

Selecione...

Social

**Social + Plano**

Plano



Selecione um dos planos disponíveis e clique em "Próximo":

Plano

ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL

**ASSEFAZ RUBI APARTAMENTO EMPRESARIAL**

ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL

ASSEFAZ SAFIRA APARTAMENTO EMPRESARIAL

ASSEFAZ ESMERALDA APARTAMENTO EMPRESARIAL

ASSEFAZ CRISTAL APARTAMENTO EMPRESARIAL

Anterior

**Próximo**



O Social proporciona acesso a clubes da Assefaz, pousadas e muitos outros benefícios com valor mensal pré-definido. Para obter uma melhor experiência, selecione a opção "Plano+Social" e garanta acesso aos dois serviços.



Preencha com os dados do titular os campos marcados com asterisco (\*) e no botão "Próximo", localizado no final da página:

Formulário de Adesão

Termos de Uso | Benefícios | **Titular** | Dependente | Declaração de Saúde | Anexar Documentação | Fim

Nome: (\*)  Dat Nascimento: (\*)

Nome da mãe completo sem abreviações: (\*)

Nome do pai completo sem abreviações:

RG:  Órgão Expedidor:  UF:  Data da Expedição:



Anterior | **Próximo**

**ATENÇÃO**

Caso queira incluir dependentes em planos diferentes do titular, é necessário o preenchimento de uma nova proposta para o dependente, visto que cada produto tem registro de identificação único na ANS.



Se desejar incluir dependentes no mesmo plano, clique em "Add Dependente":

Formulário de Adesão

Termos de Uso | Benefícios | Titular | **Dependente**

**Add Dependente**



Nos dados do dependente, preencha os campos obrigatórios marcados com asterisco (\*) e clique em "Cadastrar":

**Add Dependente**

Grau de Parentesco: (\*)  
Selecione...

Nome: (\*)  
[input] Dat Nascimento: (\*)  
[input] DD/MM/AAAA

Cpf: (\*) Rg: Órgão Expedidor: UF: Data de Expedição:  
[input] [input] [input] [input] --- [input] DD/MM/AAAA

Cartão Nacional de Saúde: Estado Civil (\*) Sexo: (\*)  
[input] [input] Seleccione... [input] M F

Nome da mãe completo sem abreviações: (\*)  
[input]



Anterior **Próximo**



Após incluir um ou mais dependentes, clique em "Próximo" para continuar:

Dependente cadastrado com sucesso!

**OK**



**Add Dependente**

#	Nome	CPF	Data Nascimento	Ação
1	DEPENDENTE TESTE		11/11/2011	<b>Visualizar</b> <b>Editar</b> <b>Excluir</b>

Anterior **Próximo**





A Declaração de Saúde deve ser preenchida para o titular e todos os dependentes incluídos no plano. Para isso, selecione o botão "Preencher":

Formulário de Adesão

Termos de Uso | Benefícios | Titular | Dependente | **Declaração de Saúde** | Anexar Documentação | Fim

#	Nome	CPF	Data Nascimento	Tipo	Ação
1	Titular Exemplo	000.000.000-00	24/10/1988	Titular	<b>Preencher</b>   Isentar
2	Dependente Exemplo	000.000.000-00	11/11/2011	Dependente	<b>Preencher</b>   Isentar

Anterior **Próximo**

Declaração de Saúde:

Item	Descrição	Opção
	O proponente ou responsável deve selecionar uma das opções abaixo (Sim / Não)	
1	Teve ou tem alguma doença dermatológica, como vitiligo, psoríase, nevos ou pintas de beleza, cicatriz, alopecia, ou perda de cabelo, micoses, melanoma ou outra?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2	Teve ou tem alguma doença alérgica, como dermatite, eczema, rinite, asma, urticária ou outra?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3	Teve ou tem alguma doença hematológica, como hemofilia, trombóticos, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4	Teve ou tem de alguma doença reumatológica, como osteoporose, artrose, reumatismo, lúpus, artrite reumatoíde, esclerodermia, dermatomiosite, espondilite anquilosante, doença do Chron ou outra?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

**Gravar** **Fechar**

**ATENÇÃO**

Todos os itens da declaração devem ser preenchidos. Para aqueles sinalizados com SIM, é obrigatório o preenchimento da justificativa no campo de texto que será exibido. Após preenchimento dos itens, clique em "Gravar" e, em seguida, clique em "Próximo".



É necessário anexar a documentação obrigatória para comprovação da elegibilidade do contratante, de seus dependentes e de agregados. Logo após, clique em "Enviar documentos" para cada usuário e, para finalizar, clique em "Próximo":

**TITULAR**

RG / CPF (ou CNH)

Contracheque e/ou Termo de Posse (recém empos:

Comprovante de dados bancários

Comprovante de residência (com CEP)

**DEPENDENTE**

RG / CPF (ou CNH)

Comprovante do grau de parentesco

Caro usuário, após clicar no botão enviar documentos, clique nos respectivos botões de visualizar documento e confirme o envio do mesmo.  
Caso não consiga visualizar o documento, favor repetir a operação apenas para esse documento até que possa visualiza-lo.



**TITULAR ✓**

RG / CPF (ou CNH)

Contracheque / Termo de Posse

Comprovante de dados bancários

Comprovante de residência

**DEPENDENTE ✓**

RG / CPF (ou CNH)

Comprovante do grau de parentesco

Caro usuário, após clicar no botão enviar documentos, clique nos respectivos botões de visualizar documento e confirme o envio do mesmo.  
Caso não consiga visualizar o documento, favor repetir a operação apenas para esse documento até que possa visualiza-lo.



Somente será possível seguir para o próximo passo mediante a anexação da documentação obrigatória. Após adicionar os arquivos, clique no botão "Enviar documentos". Confira a documentação na opção "Visualizar" e siga para a próxima etapa.





Após o preenchimento completo da pré-inscrição e envio da documentação obrigatória, será apresentada a opção para assinatura do documento de forma digital. Para isso, marque a caixa "Li e concordo" e selecione "Assinar documento Digitalmente":

Formulário de Adesão

Termos de Uso Benefícios Titular Dependente Declaração de Saúde Anexar Documentação **Fim**

Você tem a opção de assinar esse documento digitalmente.

> **ATENÇÃO:** Em conformidade com a RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 413, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2016, CAPÍTULO II, Seção IV, ao finalizar esta proposta será gerado uma chave eletrônica de assinatura digital e o número do protocolo de atendimento. Após gerada a chave eletrônica, clique no botão "Imprimir ou Salvar Proposta", de posse de seus documento, dirija-se ao RH de seu órgão para solicitar a autorização do mesmo.

Para assinar o documento digitalmente, marque a opção abaixo e clique no botão.

Li e concordo. **Assinar documento Digitalmente**



Ao assinar o documento digitalmente, a página vai gerar a chave eletrônica da assinatura digital e o protocolo de solicitação:

Você tem a opção de assinar esse documento digitalmente.

**ATENÇÃO:** Em conformidade com a RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 413, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2016, CAPÍTULO II, Seção IV, ao finalizar esta proposta será gerado uma chave eletrônica de assinatura digital e o número do protocolo de atendimento. Após gerada a chave eletrônica, clique no botão "Imprimir ou Salvar Proposta", de posse de seu documento, dirija-se ao RH de seu órgão para solicitar a autorização do mesmo.

Para assinar o documento digitalmente, marque a opção abaixo e clique no botão.

Li e concordo. [Assinar documento Digitalmente](#)

**Assinatura Digital:**

36fbf9a82bc8859614e13366f4cf4e72

**Obs**  
.:  
Para impressão da sua proposta, após a geração a sua Chave Eletrônica e do Protocolo de Atendimento, clique no menu à esquerda ☰, clique em MINHAS SOLICITAÇÕES e depois no ícone IMPRIMIR

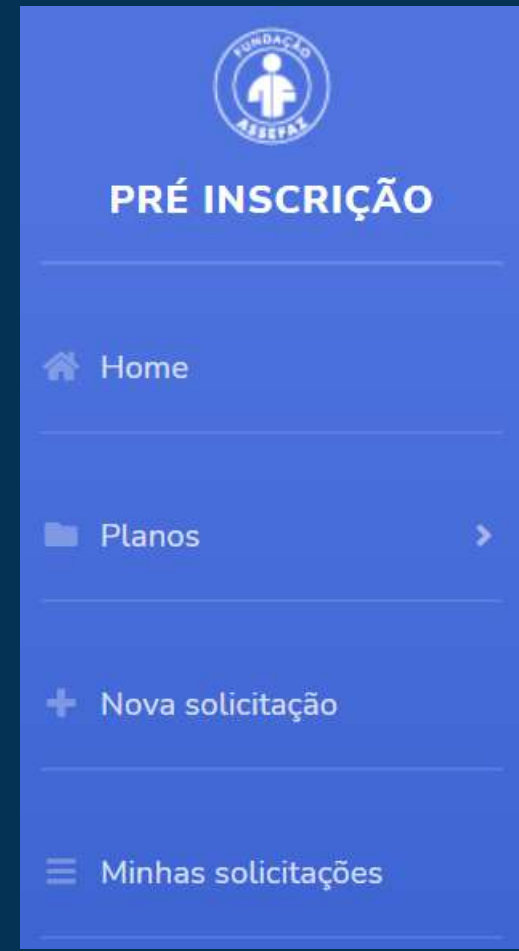
**Protocolo desta Soicitação:**

3469262022091400845





É possível verificar seu protocolo ao clicar em "Minhas solicitações" no menu lateral à esquerda. Salve ou imprima sua proposta para levar ao RH do seu órgão:



Id	Protocolo	Plano	Data solicitação	Status	Editar
1	3469262022091400845	ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL	14/09/2022	GERÊNCIA	 

**PROCESSO DE SOLICITAÇÃO CONCLUÍDO!**  
Dirija-se ao RH do órgão para seguir com a contratação do seu plano.

**ATENÇÃO**

No caso de inclusão de agregados, os trâmites são diretamente com a Assefaz.

# CANALIS DE RELACIONAMENTO



Central de Atendimento  
**0800 703 4545**

Atendimento 24 horas inclusive aos  
sábados, domingos e feriados



WhatsApp Business  
**(61) 99266-1978**



Posto de Atendimento  
de Brasília/DF

SCRS 506, Bloco A, loja 45, W3 Sul  
Asa Sul | Brasília/DF  
Telefones: (61) 2191-8585/8562  
Horário de atendimento: segunda a  
quinta-feira, das 8h às 17h, e sexta-  
feira, das 9h às 17h



Demais estados

Atendimento 24 horas, inclusive aos  
sábados, domingos e feriados, pela  
Central de Relacionamento  
**(0800 703 4545)**  
Ou acesse: [www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br) >>  
Canais de Comunicação >> Canais  
de Relacionamento



Chat

Portal da Assefaz  
([www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br))  
CHAT - Ajuda?





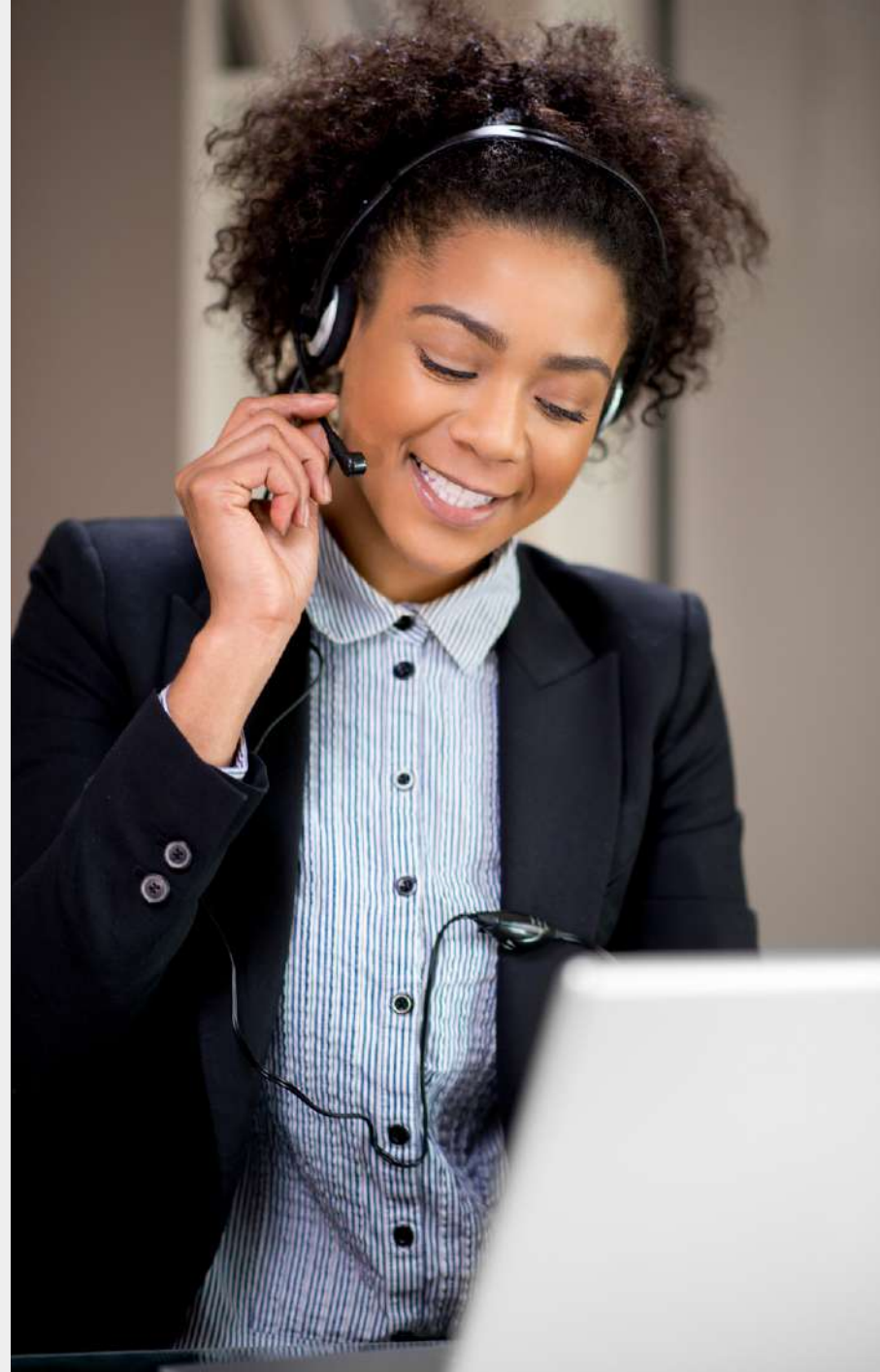
# Fique por dentro das novidades da Assefaz

[www.assefaz.org.br](http://www.assefaz.org.br)

 @assefazoficial

 @assefazoficial

 Fundação Assefaz Oficial



ANS Nº 34.692-6