

Contracheque | Junho 2022

Resumo do último contracheque

Bruto 4.947,86 +

Descontos 616,89 -

Líquido 4.330,97 ✓

Meus Contracheques >

Autoatendimento

Aqui você tem informação a hora que quiser!



Solicitações

Envie requerimentos para a sua Unidade Gestora.



15:20 70%

< Saúde Suplementar

Você **possui** um benefício de **Saúde Suplementar**

Benefício	
Modalidade	Particular - Ressarcimento
Data de Início do Ressarcimento	04/02/2019
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

Modalidade de adesão

Plano Particular (Ressarcimento)

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 *

Q

Nome da Operadora de Plano de Saúde

i

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

Selecione o nome do Plano de Saúde

↶ Voltar

Avançar **→**

Alteração do Plano Inicio Solicitações Meu Perfil

1 Dados Iniciais 2 Dependentes 3 Valores 4 Documentos 5 Conferência

i 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.
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.

Marque os dependentes cadastrados [Desmarcar todos](#)

Voltar Avançar →

Alteração do Plano Inicio Solicitações Meu Perfil

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

Titular

Nome

Valor da mensalidade *

Dependente

Nome

Valor da mensalidade *

Voltar Avançar →



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)

Anexo: 0009134254-COPLS/2022

Excluir anexo

adicionar documento



Comprovante de Pagamento Bancário (PDF ou Imagem)

Anexo: 0009134275-COPBA/2022

Excluir anexo

adicionar documento



Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)

Anexo: 0009134308-BOBAN/2022

Excluir anexo

adicionar documento

Voltar

Avançar



 Antes de avançar, confira os dados de sua solicitação.

Forma de Adesão

Plano Particular com Ressarcimento

Plano Contratado

Documentos Anexados



Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)

Anexo: 0009134308-BOBAN/2022 



Contrato do Plano de Saúde (PDF ou Imagem)

Anexo: 0009134254-COPL S/2022 



Comprovante de Pagamento Bancário (PDF ou Imagem)

Anexo: 0009134275-COPBA/2022 

Valor da mensalidade

Titular

Dependente

 Voltar

Avançar 



Alteração do Plano Início Solicitações Meu Perfil

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 disposto no Art. 230, da Lei 8.112/90 e na Portaria Normativa N° 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;

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 – 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.

[Voltar](#) [Aceito os termos](#)

Alteração do Plano Início Solicitações Meu Perfil

1 Dados Iniciais 2 Dependentes 3 Valores 4 Documentos 5 Conferência

i Antes de avançar, confira os dados de sua solicitação.

Solicitação enviada para análise

Pronto, agora você pode aguardar, que a [equipe de gestão de pessoas](#) vai analisar a sua solicitação.

[Início](#) [Minhas Solicitações](#)

Documentos Anexados

- Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)
Anexo: 0009134308-BOBAN/2022
- Contrato do Plano de Saúde (PDF ou Imagem)
Anexo: 0009134254-COPLS/2022