


# ORIENTAÇÃO PARA RECADASTRAMENTO DO BENEFÍCIO DE SAÚDE SUPLEMENTAR AOS SERVIDORES USUÁRIOS DO IPASGO PELO SOU GOV

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

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

Benefício	
Modalidade	Particular - Ressarcimento
Data de Início do Ressarcimento	04/05/2020
Situação	<span style="background-color: green; color: white; border-radius: 10px; padding: 2px;">Ativo</span>
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.	

 Encerrar Plano

 Alterar/Recadastrar Plano

 Voltar

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

a) Assinale a opção " Minha operadora de natureza de direito público não possui registro na ANS;

b) Informe o CNPJ do IPASGO em " Localize a instituição pelo CNPJ e clique na lupa;

c) Informe o nome do plano de saúde (**Observação:** os planos do Ipasgo são Básico ou Especial)

d) Clique em Avançar.

---

1 2 3 4 5

Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

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

**i** Ressarcimento (auxílio de caráter indenizatório): É a contratação particular de plano de saúde, em que o servidor recebe o ressarcimento parcial do valor da mensalidade, sendo devido por cada beneficiário elegível.

Modalidade de adesão  
Plano Particular (Ressarcimento)

Minha operadora de natureza jurídica de direito público não possui registro na ANS

*Atenção! Certifique-se e informe apenas CNPJ de instituição de Natureza Jurídica de Direito Público. Neste caso, os dados informados serão analisados pela sua unidade de gestão de pessoas.*

**i**  
Localize a instituição pelo CNPJ.

01.246.693/0001-60 **Q**

IPASGO

Informe o nome do Plano de Saúde \*

Básico

**Voltar** **Avançar →**

### 3) Leia as informações e clique em Avançar;

1 2 3 4 5  
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos 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.

[Voltar](#)

[Avançar →](#)

**Observação: caso o servidor tenha dependentes, marque todos eles;**

### 4) Informe o valor da mensalidade do titular e dependentes, se os tiver; e clique em Avançar;

1 2 3 4 5  
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

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

**Titular**

Nome [REDACTED]

Valor da mensalidade \* 209,67

[Voltar](#) [Avançar →](#)


### 5) Faça upload dos documentos solicitados, após clique em Avançar;

**Observação:** caso o servidor não tenha o contrato ou termo de adesão ao IPASGO, é possível juntar a declaração de cadastramento disponível na página do cliente no site do IPASGO.

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) **i**

Anexo: 0011102914-COPLS/2022 

Excluir anexo

+ adicionar documento


✓ Comprovante de Pagamento Bancário (PDF ou Imagem)

Anexo: 0011103108-COPBA/2022 

Excluir anexo

+ adicionar documento

✓ Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)

Anexo: 0011103113-BOBAN/2022 

Excluir anexo

+ adicionar documento

Voltar Avançar →

6) Confira todos os dados, caso estejam corretos, clique em Avançar;

## Alteração do Plano - Particular com Ressarcimento

Início Solicitações Meu Perfil

1 2 3 4 5



Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência



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



**Forma de Adesão**  
Plano Particular com Ressarcimento

**Plano Contratado**  
IPASGO  
Básico

**Documentos Anexados**


 Comprovante de Pagamento Bancário  
Anexo: 0011103108-COPBA/2022 

 Contrato do Plano de Saúde  
Anexo: 0011102914-COPLS/2022 

 Boleto de Cobrança Bancária  
Anexo: 0011103113-BOBAN/2022 

**Valor da mensalidade**

**Titular**

 209,87

[Voltar](#) [Avançar →](#)

## 7) Leia os termos e clique em Aceito os termos;

✕

**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 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;

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](#)

## 8) Sua solicitação foi encaminhada para análise.

**Solicitação enviada para análise**



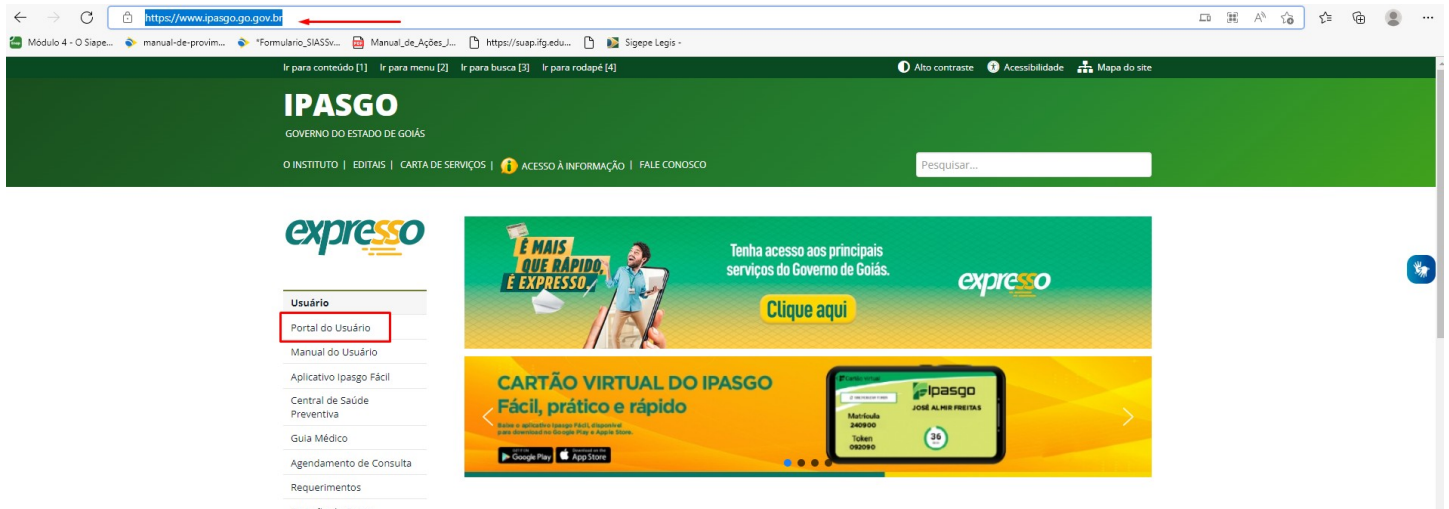
Pronto, agora você pode aguardar, que a [equipe de gestão de pessoas](#) vai analisar a sua solicitação.

[🏠 Início](#) [☰ Minhas Solicitações](#)

# COMO EMITIR A DECLARAÇÃO DE CADASTRAMENTO PELO SITE DO IPASGO:

1) Acesse o site: [IPASGO – Home](https://www.ipasgo.gov.br)

2) Clique em Portal do Usuário



3) Informe sua matrícula do IPASGO e senha (**Observação:** o número está no cartão); clique em Entrar;



PORTAL DE SISTEMAS  
**Cliente**

Matrícula

Senha

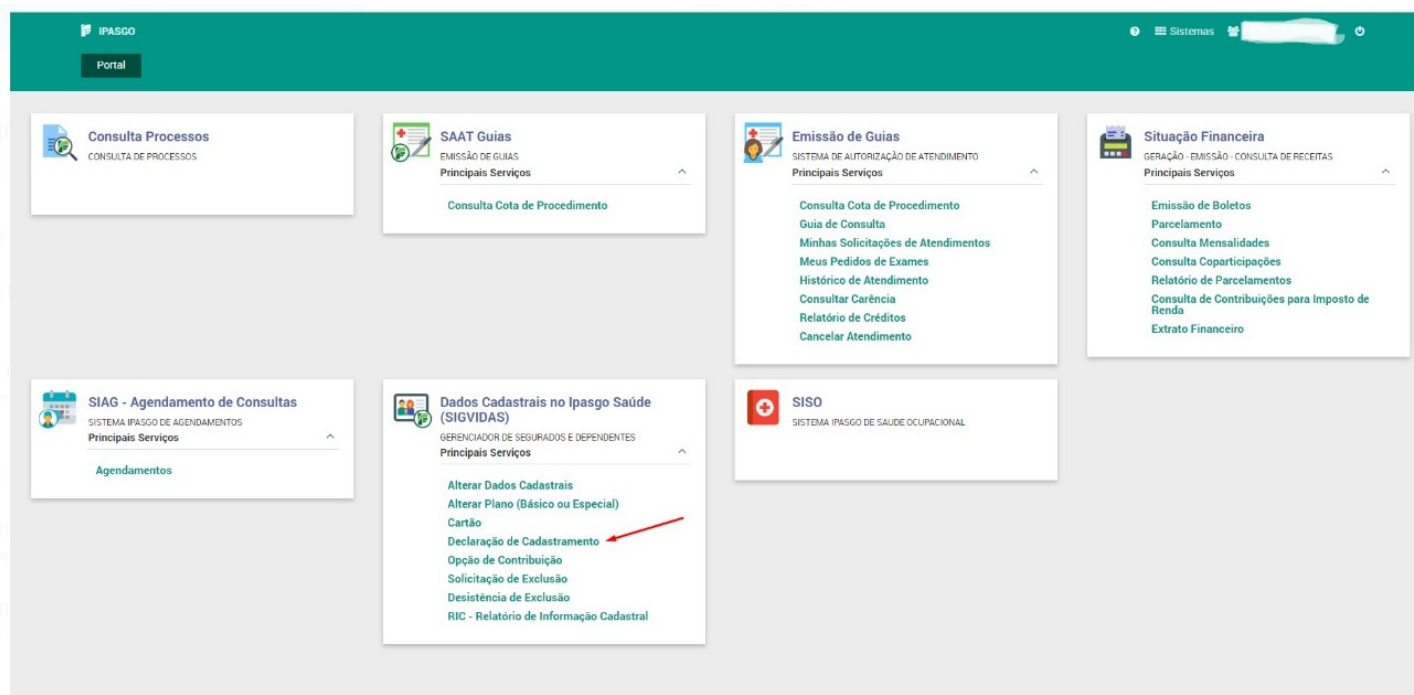
**Entrar**

Continuar conectado

➤ Primeiro acesso(sem senha)

➤ Esqueceu a Senha?

#### 4) Clique em Declaração de Cadastramento;



#### 5) Caso tenha dependentes, selecione todos que tenham de constar na declaração (aqueles pelos quais o servidor recebe o benefício saúde suplementar) e clique em imprimir.

