

# RECADASTRAMENTO DO PLANO DE SAÚDE PARTICULAR – RESSARCIMENTO

## OBTENDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ATUALIZAÇÃO

**ATENÇÃO.** Para o cadastramento, será necessário anexar:

**A) Um dos 4 (Quatro) Contratos formalizados entre o SinPRF-PR e a Unimed, CONFORME O SEU CASO** (Enfermaria COM obstetrícia / Enfermaria SEM obstetrícia / Apto COM Obstetrícia / Apto SEM obstetrícia);

**Obs.:** Se o titular possuir contrato diferente do dependente (ou o contrário), anexe **OS DOIS CONTRATOS.**

**B) Comprovante de Pagamento Bancário e;**

**C) Boleto de Cobrança Bancária.**

Siga os passos abaixo para obter os documentos:

1 – Acesse os contratos através dos **links disponibilizados neste informativo.**

2 – Para os demais documentos, acesse o endereço eletrônico da Unimed: <https://segundavia.unimedpr.coop.br/>, informe o **CPF (sem pontos e traços)** e clique em **“Entrar”**:

[segundavia.unimedpr.coop.br](https://segundavia.unimedpr.coop.br)

Entrar

CPF

CPF (APENAS NÚMEROS)

Entrar

3 – Logo abaixo do nome do servidor, selecione **“Clique Aqui”** para obter o **Demonstrativo de Pagamento Para Declaração de IR que deverá ser anexado como Comprovante de Pagamento Bancário.** Na sequência, acesse o **Boleto de Cobrança** clicando em **“Abrir PDF”**:

Para visualizar o seu DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO PARA DECLARAÇÃO DE IR EXERCÍCIO-2022 ANO CALENDÁRIO-2021: [CLIQUE AQUI](#)

Número do Título	Competência	Data de Vencimento	Valor (R\$)	Status de Pagamento	Boleto	Nota Fiscal Eletrônica
0000200703359	02/2022	20/02/2022	R\$ 1.022,68	Pago	<a href="#">Abrir PDF</a>	<a href="#">Abrir Link</a>
0000200722679	03/2022	20/03/2022	R\$ 1.000,89	Pago	<a href="#">Abrir PDF</a>	<a href="#">Abrir Link</a>
0000200741776	04/2022	20/04/2022	R\$ 908,51	Pago	<a href="#">Abrir PDF</a>	<a href="#">Abrir Link</a>
0000200760199	05/2022	20/05/2022	R\$ 1.038,22	Pago	<a href="#">Abrir PDF</a>	<a href="#">Abrir Link</a>
0000200769922	06/2022	20/06/2022	R\$ 1.214,82	Pago	<a href="#">Abrir PDF</a>	<a href="#">Abrir Link</a>
0000200800676	07/2022	20/07/2022	R\$ 1.317,00	Em Aberto	<a href="#">Abrir PDF</a>	<a href="#">Abrir Link</a>

# ACESSANDO O SOU GOV

1 – De posse dos documentos descritos acima digite o endereço: <https://sougov.economia.gov.br/sougov/login> em seu navegador de internet:

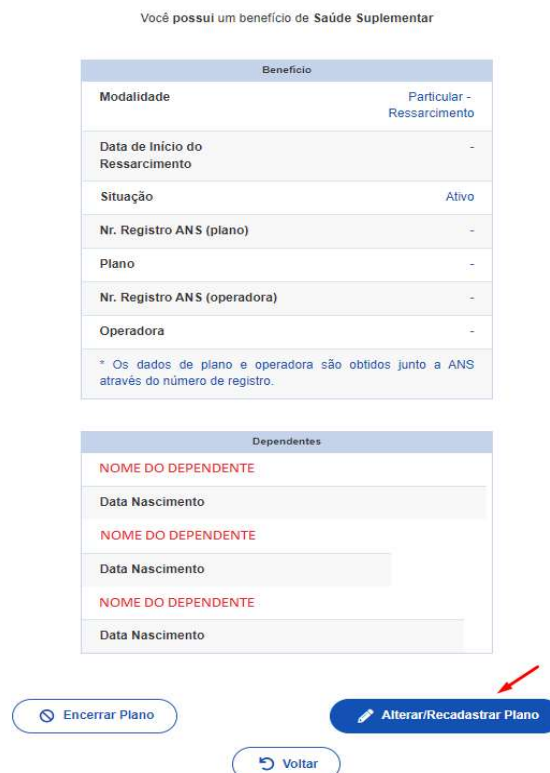
2 –Clique em **“Entrar com gov.br”**, informe o **CPF (sem pontos e traços)** e clique em **“Continuar”**. Digite a **senha** cadastrada e clique em **“Entrar”** para acessar o sistema:



3 – Agora você está logado no “SouGov”. No campo “Solicitações”, clique em **“Saúde Suplementar”**:



4 – A tela abaixo será apresentada. Clique em **“Alterar/Recadastrar Plano”**



**PASSO 1:** preencha os dados iniciais solicitados que podem ser consultados no **boleto de pagamento** conforme prints abaixo. Digite o **Número de Registro da Operadora na ANS** e **clique na lupa**. Depois selecione o **Nome do Plano de Saúde** e clique em **“Avançar”**.

1 2 3 4 5  
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

**i** 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)**

**i** Localize o número de registro da operadora na ANS em sua carteirinha ou no contrato do plano de saúde conforme abaixo:  
**ANS NºXXXXX-X**  
Informe o **Número de Registro da Operadora na ANS** \*  
XXXXX-X 🔍

**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 ⏩**

- Segue abaixo informações necessárias constantes no **Boleto de Pagamento** (número de registro da operadora na ANS e nome do plano de saúde):

Nome do Cliente			Nome Número	Data Vencimento			
				20/07/2022			
Nome	Serviço	Prestador	Data	Qtd.	Valor	Observação	

**ANS - n.º**

REG. PRODUTO ANS OU CÓD. SCPA	DATA DE INCLU.
Nome	Código
	458240083
	Data
	01/06/2019

**PASSO 2:** será apresentada uma relação dos dependentes habilitados/cadastrados no SIAPE para o benefício a ser confirmado. Marque os dependentes e clique em **“avançar”**:

**Observação:** caso haja alguma **inconsistência**, verifique seu cadastro de dependentes ou procure sua Unidade de Gestão de Pessoas – **NUAP-PR pelo WhatsApp: (41) 3535-1926 ou e-mail: nuap.pr@prf.gov.br.**

1 2 3 4 5  
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

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](#)

VIVIAN DOS SANTOS ROZENDO DE FARIA (CONJUGE)  
 VITOR ROZENDO DE FARIA (FILHO(A))  
 MARIA EDUARDA ROZENDO DE FARIA (FILHO(A))

[Voltar](#) [Avançar →](#)

**PASSO 3:** informe o valor de mensalidade do Plano contratado para cada um dos beneficiários e clique em **“avançar”**:

1 2 3 4 5  
Dados Iniciais Dependentes Valores Documentos Conferência

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

**Titular**

Nome  
Valor da mensalidade \*

[Voltar](#) [Avançar →](#)

**PASSO 4:** anexe os documentos comprobatórios de titularidade e de pagamentos relativos aos beneficiários. e clique em **“Avançar”**:


- **Contrato do Plano de Saúde:** anexe um dos contratos disponibilizados no link do informativo **CONFORME SEU CASO**;


- **Comprovante de Pagamento Bancário:** anexe o Demonstrativo de Pagamento para Declaração de IR obtido no site da Unimed conforme orientações;


- **Boleto de Cobrança Bancária:** anexe o Boleto de Cobrança obtido no site da Unimed conforme orientações.

1 Dados Iniciais 2 Dependentes 3 Valores 4 Documentos 5 Conferência

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

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

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

 Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)

[Voltar](#) [Avançar →](#)

**PASSO 5:** confira os documentos anexados e clicando em **“Avançar”** e depois em **“Aceito os Termos”** no Termo de Ciência e Responsabilidade:



1 Dados Iniciais 2 Dependentes 3 Valores 4 Documentos 5 Conferência



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



**Forma de Adesão**  
Plano Particular com Ressarcimento

**Plano Contratado**  
UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS  
458240083 - Unimed Flexível Participativo - Enfermaria

**Documentos Anexados**

 Comprovante de Pagamento Bancário (PDF ou Imagem)  
Anexo: 0009489732-COPBA/2022 

 Contrato do Plano de Saúde (PDF ou Imagem)  
Anexo: 0009489693-COPLS/2022 

 Boleto de Cobrança Bancária (PDF ou Imagem)  
Anexo: 0009489743-BOBAN/2022 

**Valor da mensalidade**

**Titular**

**Dependente**

**Dependente**

**Dependente**

[Voltar](#) [Avançar →](#)



### 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

**Agora é só aguardar que a sua solicitação seja analisada pela equipe de Gestão de Pessoas!**

### Acompanhando sua solicitação

Você pode acompanhar o requerimento enviado no bloco **"Solicitações"**, disponível na Página Inicial do SouGov conforme passos abaixo:

Governo Federal



Início



Solicitações



Meu Perfil

**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

**Detalhar Solicitação**

Situação da análise

Vínculo

ME

Situação

Finalizado

Estado

Deferido

Solicitação para

Plano de Saúde Particular - Ressarcimento

Tipo de Solicitação

Adesão

### Atenção:

- As solicitações do benefício que não forem concluídas de forma automática serão encaminhadas para análise, deferimento e lançamento pela unidade de gestão de pessoas.
- As solicitações de encerramento do benefício serão sempre analisadas pela unidade de gestão de pessoas.