

Caberj  
Saúde

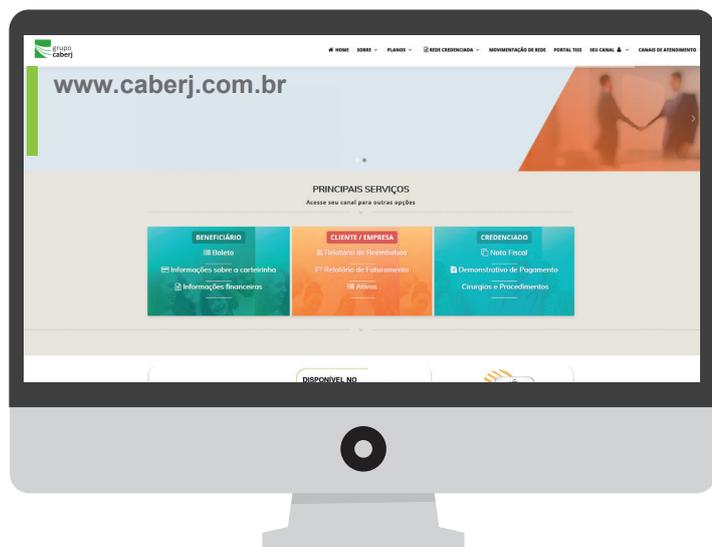
# IMPOSTO DE RENDA

---

Aprenda a retirar as suas declarações  
para o Imposto de Renda em nosso site

# 1. ACESSE O SITE

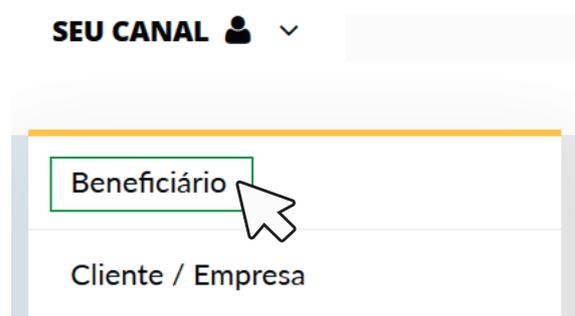
www.caberj.com.br



## 2. CLIQUE EM SEU CANAL



## 3. CLIQUE EM BENEFICIÁRIO



## 4. ESCOLHA ENTRE PLANO DE SAÚDE OU ODONTOLÓGICO

PLANO DE SAÚDE

PLANO ODONTOLÓGICO

O processo para retirar o demonstrativo é o mesmo para as duas modalidades de plano.

## 5. FAÇA O SEU LOGIN

Canal do Beneficiário

Por favor entre com seus dados nos campos abaixo.

Senha (4 a 6 caracteres)

Entrar

[Esqueceu sua senha?](#)

É o seu primeiro acesso?

[Faça seu cadastro aqui](#)

# 6. NO MENU LATERAL, VOCÊ PODERÁ ESCOLHER ENTRE:

DEMONSTRATIVO IR

DECLARAÇÃO REEMBOLSO IR (CASO TENHA REALIZADO PEDIDOS DE REEMBOLSO NO ANO DE 2021)

Bem vindo,

**FERNANDO SANTOS**

Matrícula:

Plano: ESSENCIAL 20 E

Padrão Acomodação: COLETIVO

0001.0210.0000111-11-1

Resolução Normativa ANS/DC N° 389 de 26/11/2015

MEUS DADOS

MEU PLANO

DADOS DO CONTRATO

DADOS CADASTRAIS

DEPENDENTES

↑ Seu Canal

SERVIÇOS

Boleto

Extrato Mensal de Cobrança

Extrato Semestral de Utilização

Demonstrativo IR

Declaração Reembolso IR

Acompanhar Reembolsos

## PARA OPÇÃO DE DECLARAÇÃO IR

Ao clicar na opção, abrirá automaticamente a declaração na tela.

O segundo passo é clicar em IMPRIMIR



Caixa de Assistência à Saúde - Caberj

CNPJ: 42.182.170/0001-84

ANS - N° 32436-1

Fernando Santos

Rua do Ouvidor, 91

Centro, Rio de Janeiro

PARA EFEITO DE SUA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA, INFORMAMOS ABAIXO O VALOR PAGO DURANTE O ANO BASE 2021, REFERENTE A ASSISTÊNCIA MÉDICA

MATRÍCULA	NOME	CPF	VALOR
0495056678806-0	Fernando Santos	12345667-00	18.178,83

Imprimir

Detalhe

# PARA OPÇÃO DE DECLARAÇÃO REEMBOLSO IR

Ao clicar na opção, você deverá seguir os seguintes passos para obter a sua declaração:

## A. ESCOLHA O PERÍODO PARA O QUAL DESEJA A DECLARAÇÃO

### DECLARAÇÃO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES (REEMBOLSO)

Período:	<input type="text" value="01/01/2021"/> (dd/mm/aaaa) à <input type="text" value="31/12/2021"/> (dd/mm/aaaa)	<a href="#">Visualizar</a>
----------	---	----------------------------

## B. PRONTO, AGORA BASTA IMPRIMIR SUA DECLARAÇÃO



### DECLARAÇÃO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES (REEMBOLSO) Período: 01/01/2021 a 31/12/2021

Declaramos para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) Fernando Santos, MATRÍCULA: 0001.0210.0000111-11-1, nos entregou recibos e comprovantes de pagamentos de Honorários Médicos/Hospitalares abaixo discriminados totalizando o valor de R\$1.600,00 sendo-lhe restituído o valor de R\$1.600,00, cujos cálculos foram efetivados com base na tabela mencionada em seu contrato.

Matrícula de Usuário	CPF/CNPJ Prestador	Prestador	Evento	Data do Evento	Valor Solicitado	Protocolo	Data Pgto	Bco/Ag/Conta	Valor Pago	Vir. Não Reembolso
0001.0210.0000111-11-1	123.456.789-00	Hospital	Cesariana (Feto Unico ou Multiplo)	26/08/2017	1.600,00	0001234	26/10/2017	021/2558/22558	1.600,00	0,00
Total					1.600,00				1.600,00	0,00

AGORA VOCÊ TEM ACESSO  
ÀS SUAS DECLARAÇÕES PARA O  
IMPOSTO DE RENDA

Sempre que precisar, acesse o nosso site