

Prezado(a) Beneficiário(a)

O procedimento para emissão do Informe do Plano de Saúde foi atualizado. O formato anteriormente utilizado, que consistia na emissão de dois extratos, deixou de ser adotado.

Pedimos atenção às informações abaixo para facilitar o entendimento do novo processo. A partir de agora, será disponibilizado apenas um relatório, que consolida todas as informações do Plano de Saúde necessárias para a Declaração do Imposto de Renda.

Para emitir o informe, acesse: <http://novowebplan.itaipu.gov.br/>

1. Em “Tipo de acesso”, selecione “Beneficiário”.
2. **Primeiro acesso:**
  - Informe o CPF nos campos **Usuário** e **Senha**;
  - Será solicitado o cadastramento de uma nova senha.
3. **Demais acessos:**
  - Caso já tenha utilizado o portal e não se recorde da senha, selecione a opção “Esqueci minha senha”. Será exibido um novo campo contendo o e-mail registrado no sistema PAMHO. Clique em “enviar” para receber uma senha provisória em seu e-mail. Recomenda-se que a senha seja alterada após o primeiro acesso.
  - Se não conseguir acesso com essas orientações, entrar em contato no 0800 642 6776.
  -



**Seja bem-vindo(a)!**  
Entre com seus dados e siga conectado!

**Tipo de acesso:**  
Beneficiário

**Usuário:**

**Senha:**

[Esqueci minha senha](#)

**Entrar**



Clique no botão “Gerar PDF” para visualizar o documento.

Menu

**FÁCIL**  
INFORMÁTICA

Extrato de Despesas e Reembolsos

Filtros

Beneficiário:  x

Ano:  x

**Gerar PDF** Enviar E-mail

Modelo do Informe do Plano de Saúde:

**ITAIPU**  
BINACIONAL

**EXTRATO DE DESPESAS E REEMBOLSOS**  
RAZÃO SOCIAL: ITAIPU BINACIONAL  
00.395.988/0001-35

TITULAR: CARLOS [REDACTED] ANO CALENDARIO: 2025  
ANO DE EXERCICIO: 2026

Descrição	Nome	CPF	Despesa Médica (*)	Reembolso (**)
TITULAR	CARLOS [REDACTED]	CPF: [REDACTED] 199-46	10.61	0.00
DEPENDENTE	MARIANA [REDACTED]	CPF: [REDACTED] 459-32	8.59	1,282.14
DEPENDENTE	LUIZ [REDACTED]	CPF: [REDACTED] 389-52	8.59	525.77
DEPENDENTE	ANA [REDACTED]	CPF: [REDACTED] 869-08	62.52	0.00

Relatório de detalhamento da parcela não dedutível / valor reembolsado

Beneficiário: ANA [REDACTED]							
Mês/Ano	Prestador	CPF/CNPJ Prestador	Nº Reembolso (Protocolo)	Valor Pago	Vir. Reembolsado	Vir. não Reembolsado	
12/2025	CLINICA MEDICA [REDACTED] LTDA	[REDACTED]/0001-62	65444	600.00	153.67	446.33	
<b>Subtotal Prestador:</b>				<b>600.00</b>	<b>153.67</b>	<b>446.33</b>	
12/2025	INSTITUTO FISIOTERAPIA R JOELHO [REDACTED]	[REDACTED]/0001-95	65446	974.80	974.80	0.00	
<b>Subtotal Prestador:</b>				<b>974.80</b>	<b>974.80</b>	<b>0.00</b>	
06/2025	[REDACTED] MEDICINA INTEGRADA LTDA	[REDACTED]/0001-15	59529	550.00	153.67	396.33	
<b>Subtotal Prestador:</b>				<b>550.00</b>	<b>153.67</b>	<b>396.33</b>	
<b>Total Beneficiário:</b>				<b>2,124.80</b>	<b>1,282.14</b>	<b>842.66</b>	

Beneficiário: LUIZ [REDACTED]							
Mês/Ano	Prestador	CPF/CNPJ Prestador	Nº Reembolso (Protocolo)	Valor Pago	Vir. Reembolsado	Vir. não Reembolsado	
05/2025	CLINICA MEDICA [REDACTED]	[REDACTED]/0001-62	58349	600.00	153.67	446.33	
12/2025	CLINICA MEDICA [REDACTED] LTDA	[REDACTED]/0001-62	65445	600.00	153.67	446.33	
<b>Subtotal Prestador:</b>				<b>1,200.00</b>	<b>307.34</b>	<b>892.66</b>	
01/2025	CLINICA [REDACTED] LTDA	[REDACTED]/0001-33	54818	180.00	72.81	107.19	
01/2025	CLINICA [REDACTED] LTDA	[REDACTED]/0001-33	54739	180.00	72.81	107.19	
<b>Subtotal Prestador:</b>				<b>360.00</b>	<b>145.62</b>	<b>214.38</b>	
03/2025	MARIA [REDACTED] LTDA	[REDACTED]/0001-79	56911	180.00	72.81	107.19	
<b>Subtotal Prestador:</b>				<b>180.00</b>	<b>72.81</b>	<b>107.19</b>	
<b>Total Beneficiário:</b>				<b>1,740.00</b>	<b>525.77</b>	<b>1,214.23</b>	

Observações:

(\*) O campo "Despesa Médica" é composto de valores de mensalidades e/ou cooparticipação pagos à Operadora pelos beneficiários do plano de saúde.  
 (\*\*) O campo "Reembolso" é composto de valores reembolsados pela Operadora aos beneficiários do plano de saúde.  
 (\*\*\*) Os valores relativos aos dependentes do plano de saúde somente poderão ser considerados na declaração do titular, caso o mesmo CPF esteja incluído como dependente na Ficha "Dependentes" do Imposto de Renda da Pessoa Física.

**CLIENTE QUITO NO ANO 2025(Lei 12.007/09)**

## Orientações:

### Despesas médicas

Na declaração do Imposto de Renda, informe os valores de **coparticipação descontados em folha**, tanto do titular quanto dos dependentes, se houver.

### Reembolsos

Na declaração do Imposto de Renda, informe as despesas **por prestador de serviço** (médico, clínica, laboratório etc.), indicando:

- o **valor total pago**, e
- o **valor que foi reembolsado pelo plano de saúde**, separadamente para o titular e para cada dependente, quando existir.

**Atenção:** Não declarar como despesa médica valores que **foram totalmente reembolsados**.

### Importante

Declare no Imposto de Renda somente os valores dos dependentes do Plano de Saúde que também sejam declarados como seus dependentes fiscais.  
Informações inconsistentes podem levar à malha fina.

Em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, entrar em contato com Carlos Daniel, por meio da Central de Atendimento 0800 642 6776.