

Comprovação do Auxílio Saúde Através do SIGEPE

1. Acesse a página do SIGEPE Servidor através do link abaixo:

<https://servidor.sigepe.planejamento.gov.br/SIGEPE-PortalServidor>

2. Acesse com CPF e senha **ou** com certificado digital(caso tenha)

OBS: Solicitação para **desbloqueio de senha** do SIGEPE - enviar e-mail para atad.progepe@ufrpe.br.
O servidor deverá informar o nome completo, matrícula SIAPE e CPF.



Faça login para prosseguir para o Sigepe

Insira o número do **CPF** e da **Senha** e clique em **Acessar**.

Digite o CPF sem pontuação

Digite a senha

Acessar

OU

CERTIFICADO DIGITAL

Se você possui certificado digital, clique em uma das opções abaixo e acesse através de seu código PIN.



Ou acesse com certificado digital

Precisa de Ajuda?

::SELECIONE::

2.1. Clique em "Requerimentos Gerais"

BRASIL | Acesso à Informação | Participe | Serviços | Legislação | Canais

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

SEGEPE SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS SIGEPE

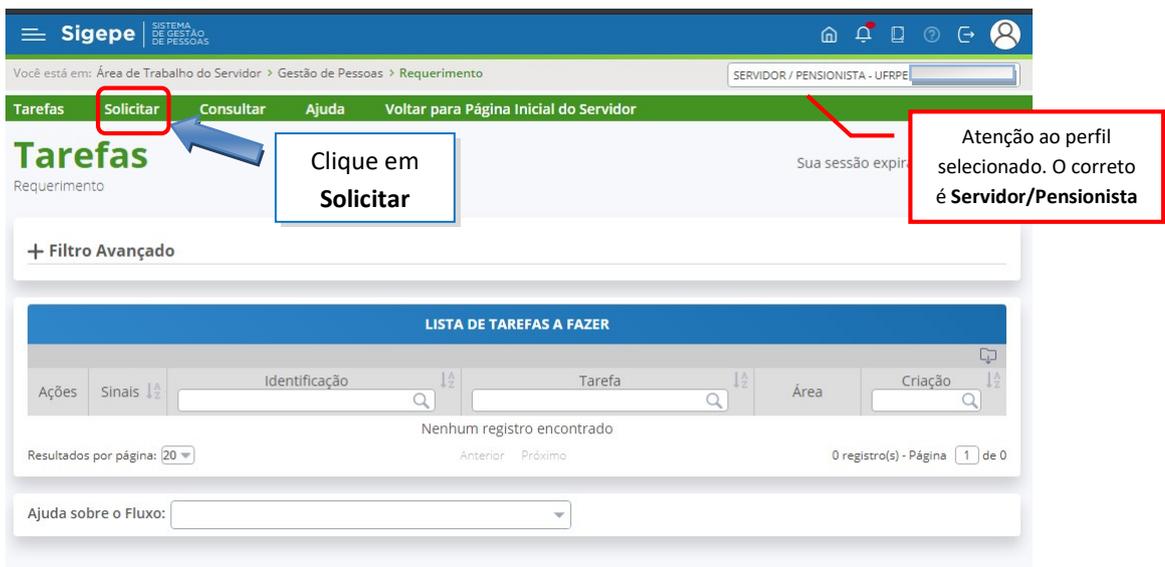
Você está em: Portal de Serviços do Servidor / Área de Trabalho

Área de Trabalho

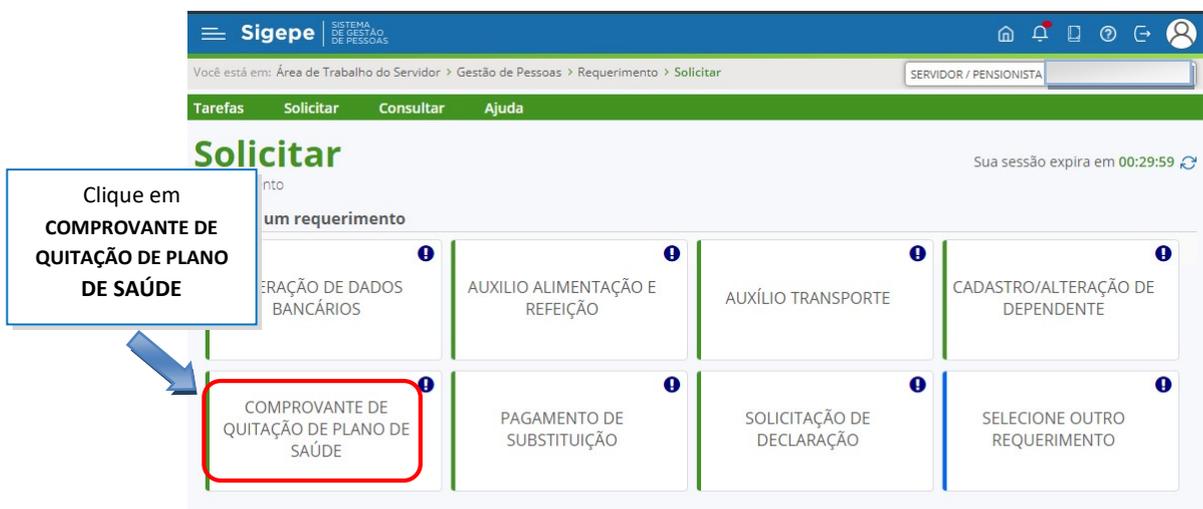
- Último Contracheque
- Dados Cadastrais
- Férias
- Dados Financeiros
- Consignações
- Saúde do Servidor
- Previdência
- Requerimentos Gerais
- Indenizações
- Central de Mensagens
- Gerenciamento de Dispositivos Móveis
- Manuais
- Estagiário

Clique em **Requerimentos Gerais**

3. Você será direcionado para a área de Requerimentos;

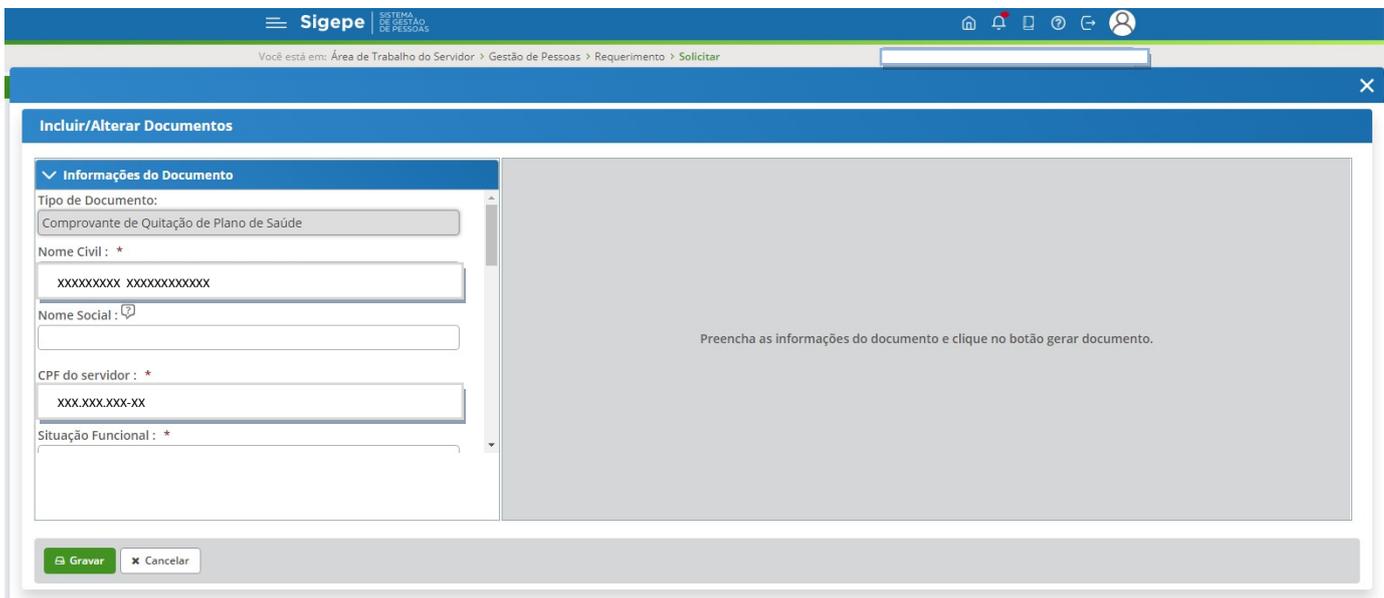


4. Selecione a opção **COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE**;



5. A janela para preenchimento do requerimento será aberta;

5.1. Seus dados pessoais são carregados automaticamente.



5.2. Preencha as demais informações solicitadas.

Plano de Saúde Contratado:
Digite o nome do plano

Data início de comprovação: Digite a data de início da comprovação de quitação do plano de saúde

Data fim de comprovação: Digite a data fim da comprovação de quitação do plano de saúde

Gerar Documento

Gravar Cancelar

5.3. Clique em "Gerar Documento"

Clique em "Gerar Documento"

Gerar Documento

Gravar Cancelar

6. A próxima tela exibirá um resumo com as informações preenchidas no formulário. Confira as informações.

Sigepa Sistema de Gestão de Pessoas

Requerimento
Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

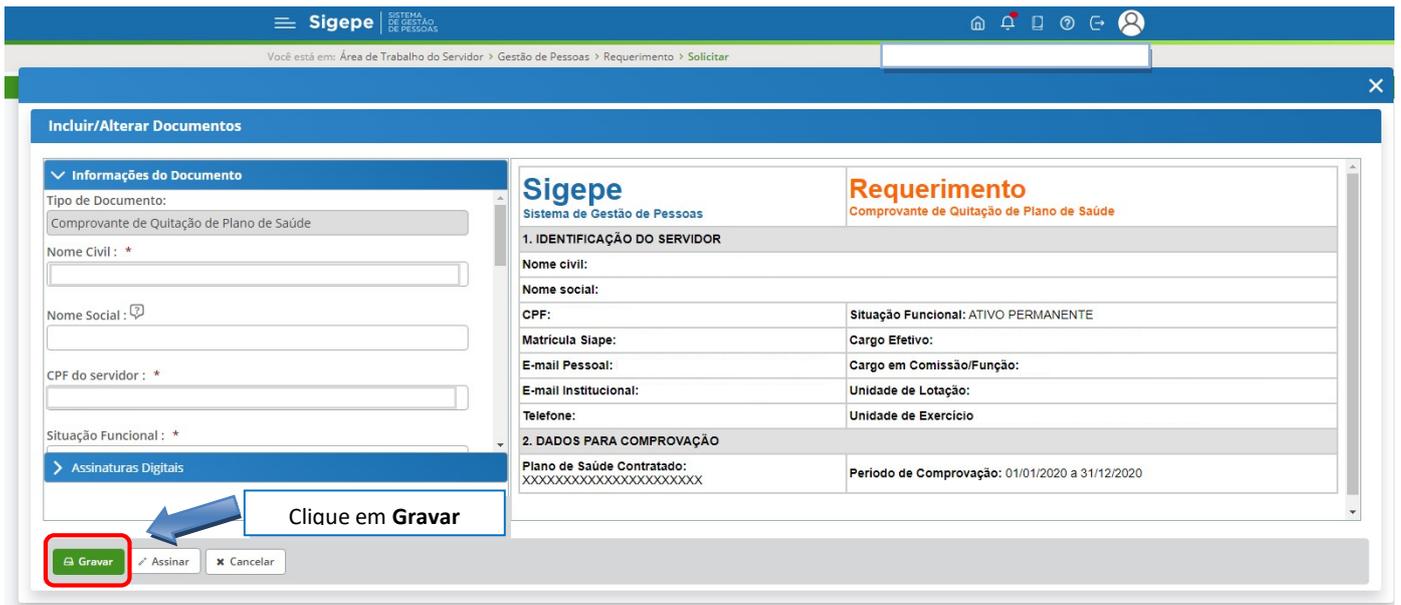
Nome civil:	
Nome social:	
CPF:	Situação Funcional: ATIVO PERMANENTE
Matrícula Siage:	Cargo Efetivo:
E-mail Pessoal:	Cargo em Comissão/Função:
E-mail Institucional:	Unidade de Lotação:
Telefone:	Unidade de Exercício:

2. DADOS PARA COMPROVAÇÃO

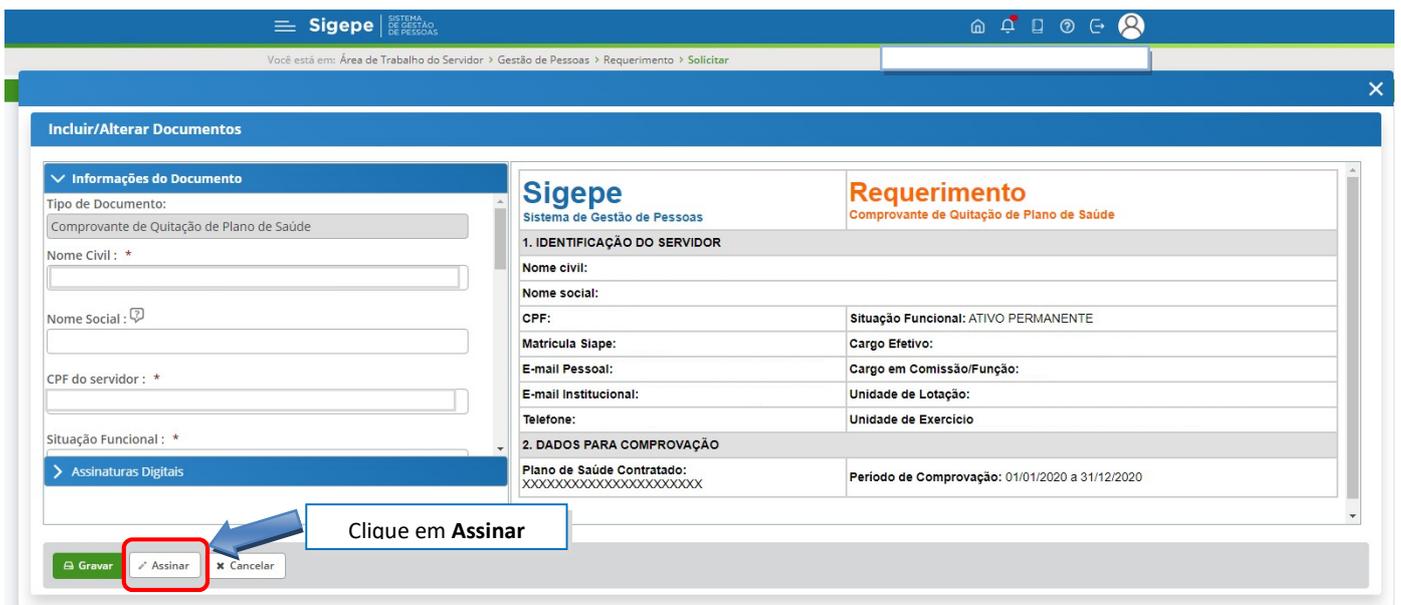
Plano de Saúde Contratado: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Período de Comprovação: 01/01/2020 a 31/12/2020
--	---

Gravar Assinar Cancelar

6.1. Clique na opção “Gravar” para salvar o requerimento



7. O próximo passo é assinar o requerimento. Para assiná-lo, clique em "Assinar" e verifique as informações da seção 12.1



8. Após salvar o formulário, você deverá anexar os **comprovaantes de quitação do plano de saúde**. Clique na opção **“Incluir Anexo”**.

REQUERIMENTOS

Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-

Resultados por página: 20 Anterior 1 Próximo 1 registro(s) - Página 1 de 1

Assinar Selecionado(s) Excluir Selecionado(s)

Registrar Ciência:

Dou ciência de que as comunicações relacionadas a este Requerimento, como seu trâmite e decisões, assim como ter vista e acesso às cópias dos documentos nele contido, serão realizados de modo suficiente por meio das ferramentas disponibilizadas pelo Sigepe - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigepe, em conformidade à Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, caput e § 3º. Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras, sob a pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme o art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).

Enviar para Análise Gravar rascunho Voltar

Secretaria de Gestão e Desempenho de Pessoal - SGP | Esplanada dos Ministérios - Bloco C - 7º Andar - Brasília-DF - 70046-900 | Telefone: 0800 978 9009

- 8.1. Selecione o tipo do documento que deseja anexar.

Incluir Anexo

Tipo Documento: *

Comprovante de Conta Bancária

Comprovante de Data de Primeiro Emprego

Comprovante de Pagamento de Mensalidade

Comprovante de dependencia economica

Comprovante de escolaridade

Comprovante de identificação para dependentes

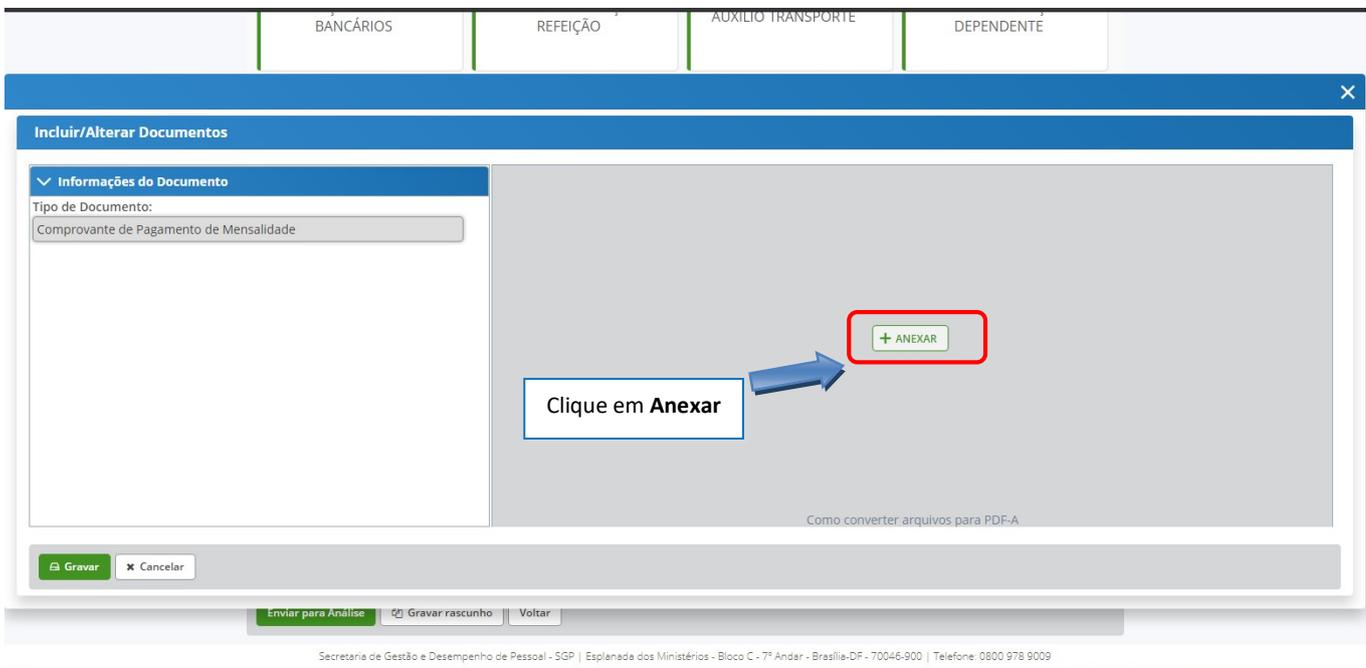
Comprovante de matrícula de dependente de instituição de ensino

Comprovante de pagamento de contribuição previdenciária dos últimos três meses

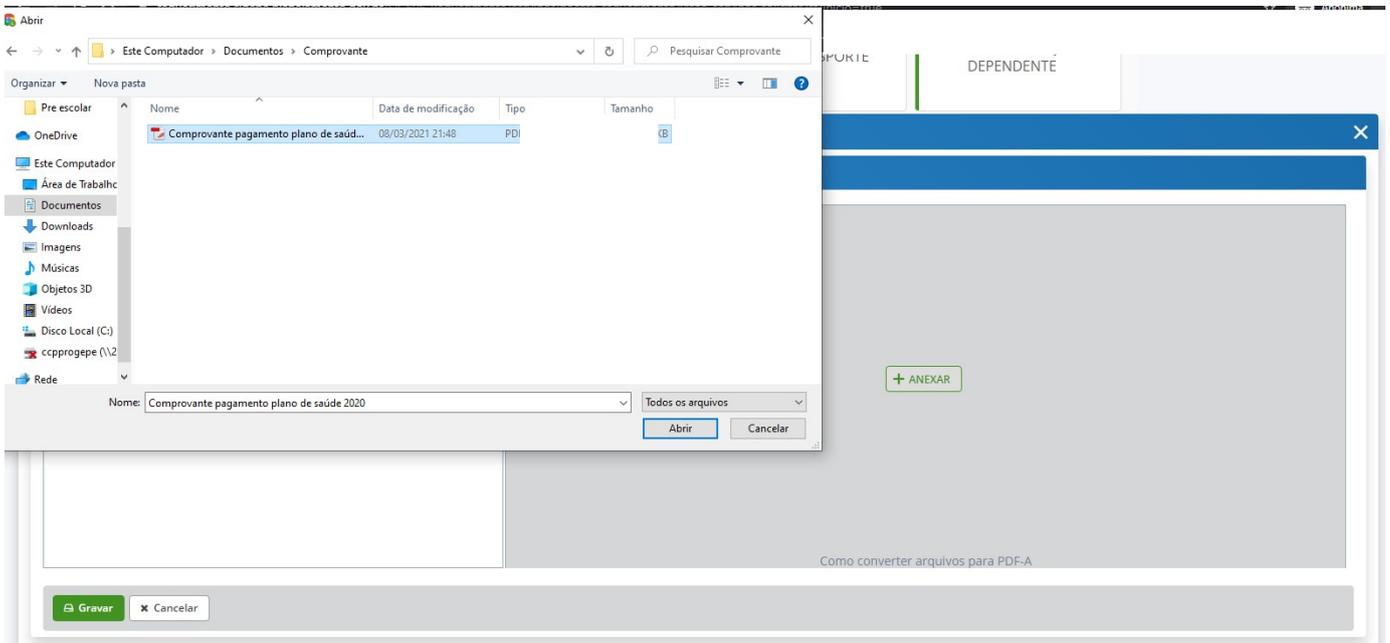
Enviar para Análise Gravar rascunho Voltar

Secretaria de Gestão e Desempenho de Pessoal - SGP | Esplanada dos Ministérios - Bloco C - 7º Andar - Brasília-DF - 70046-900 | Telefone: 0800 978 9009

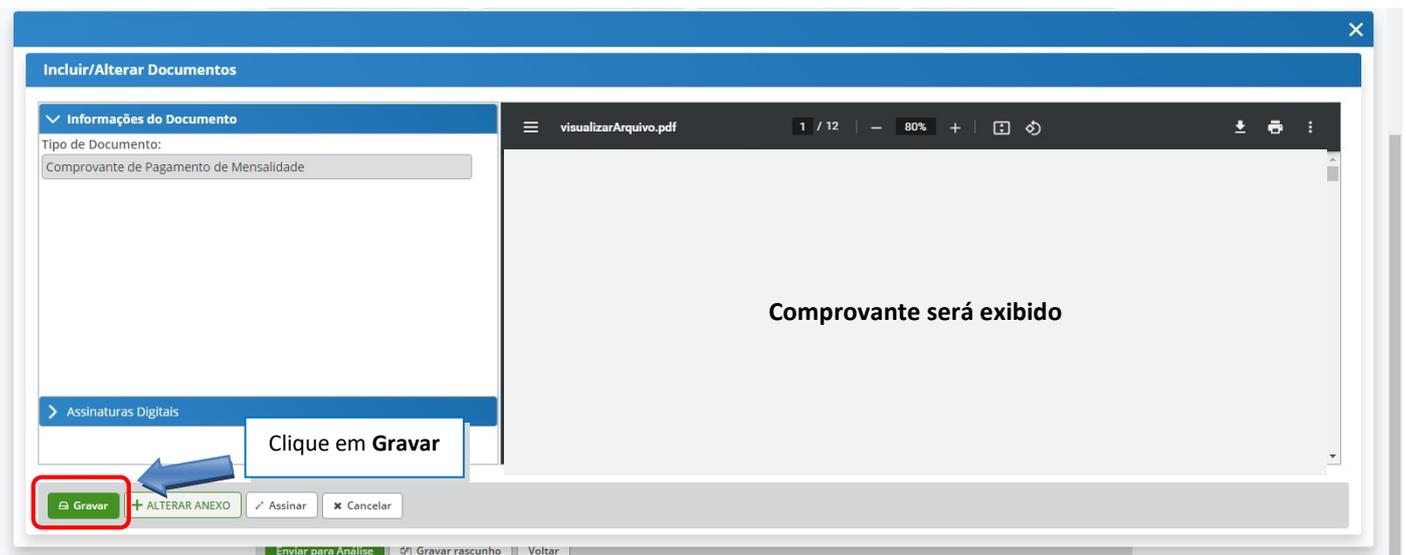
8.2. Após selecionar o tipo de documento, clique na opção "Anexar" e selecione o arquivo que deseja enviar.



11.3. Selecione o arquivo salvo no computador.



11.4. Confira o documento e clique em "Gravar"



12. Na próxima tela serão exibidos o(s) requerimento(s) e o(s) seu(s) respectivo(s) anexo(s).

COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE | PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO | SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO | SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO

Resultados por página: 20 Anterior 1 Próximo 1 registro(s) - Página 1 de 1

Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Pagamento de Mensalidade - 0004687513-CPMEN/2021	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-

Incluir Anexo

Resultados por página: 20 Anterior 1 Próximo 1 registro(s) - Página 1 de 1

Assinar Selecionado(s) Excluir Selecionado(s)

Registrar Ciência:
 Dou ciência de que as comunicações relacionadas a este Requerimento, como seu trâmite e decisões, assim como ter vista e acesso às cópias dos documentos nele contido, serão realizados de modo suficiente por meio das ferramentas disponibilizadas pelo Sigepe - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigepe, em conformidade à Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, caput e § 3º. Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras, sob a pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme o art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).

Enviar para Análise Gravar rascunho Voltar

12.1. O(s) requerimento(s) e o(s) anexo(s) podem ser assinados individualmente antes de salvá-los, ou podem ser assinados de uma só vez, utilizando a função **“Assinar Selecionado(s)”**. Selecione o(s) requerimento(s) e o(s) anexo(s) que deseja assinar e clique na função **“Assinar Selecionado(s)”**.

COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE | PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO | SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO | SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO

Resultados por página: 20 Anterior 1 Próximo 1 registro(s) - Página 1 de 1

Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Pagamento de Mensalidade - 0004687513-CPMEN/2021	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-

Incluir Anexo

Resultados por página: 20 Anterior 1 Próximo 1 registro(s) - Página 1 de 1

Assinar Selecionado(s) Excluir Selecionado(s)

Registrar Ciência:
 Dou ciência de que as comunicações relacionadas a este Requerimento, como seu trâmite e decisões, assim como ter vista e acesso às cópias dos documentos nele contido, serão realizados de modo suficiente por meio das ferramentas disponibilizadas pelo Sigepe - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigepe, em conformidade à Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, caput e § 3º. Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras, sob a pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme o art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).

Enviar para Análise Gravar rascunho Voltar

12.2. Para assiná-los, informe os dados de acesso ao sistema (cpf e senha) ou assine com o **certificado digital**, caso tenha. Após informar os dados clique na opção **“Assinar”**.

COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE | PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO | SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO | SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO

Resultados por página: 20 | Anterior 1 Próximo | 1 registro(s) - Página 1 de 1

REQUERIMENTOS

Requerimento	Assinar Documento(s)	Mensagem do Gestor de Pessoas
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	<input type="text"/> Insira o CPF <input type="password"/> Senha <input type="button" value="Assinar"/>	-
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Pagamento de Mensalidade - 0004687513-CPME	<input type="button" value="Assinar"/>	-

Resultados por página: 20

Registrar Ciência:

Dou ciência de que as comunicações relacionadas a este Requerimento, como seu trâmite e decisões, assim como ter vista e acesso às cópias dos documentos nele contido, serão realizados de modo suficiente por meio das ferramentas disponibilizadas pelo Sigepre - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigepre, em conformidade a Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, caput e § 3º. Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras, sob a pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme o art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).

13. Marque a opção **“Registrar Ciência”**.

COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE | PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO | SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO | SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO

Resultados por página: 20 | Anterior 1 Próximo | 1 registro(s) - Página 1 de 1

REQUERIMENTOS

Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
<input type="checkbox"/> Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	Assinado	Preenchido	Inserir	-
<input type="checkbox"/> Comprovante de Pagamento de Mensalidade - 0004687513-CPMEN/2021	Assinado	Preenchido	Inserir	-

Resultados por página: 20

Registrar Ciência:

Dou ciência de que as comunicações relacionadas a este Requerimento, como seu trâmite e decisões, assim como ter vista e acesso às cópias dos documentos nele contido, serão realizados de modo suficiente por meio das ferramentas disponibilizadas pelo Sigepre - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigepre, em conformidade à Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, caput e § 3º. Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras, sob a pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme o art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).

14. Para finalizar sua solicitação, clique na opção **“Enviar para Análise”**. Se desejar salvá-la para concluí-la posteriormente, clique na opção **“Gravar Rascunho”**.

15. O setor responsável irá analisar o requerimento, se estiver tudo correto, o servidor receberá um e-mail solicitando a ciência. Após dar ciência o servidor finaliza o processo.

Dúvidas, enviar e-mail para: scb.progepe@ufrpe.br.

RUA DOM MANOEL DE MEDEIROS, S/N – DOIS IRMÃOS – CEP: 52171-900 – RECIFE/PE

E-MAIL: scb.progepe@ufrpe.br – TEL: (81) 3320-6144