

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.

Certificado Digital

Certificado em Nuvem

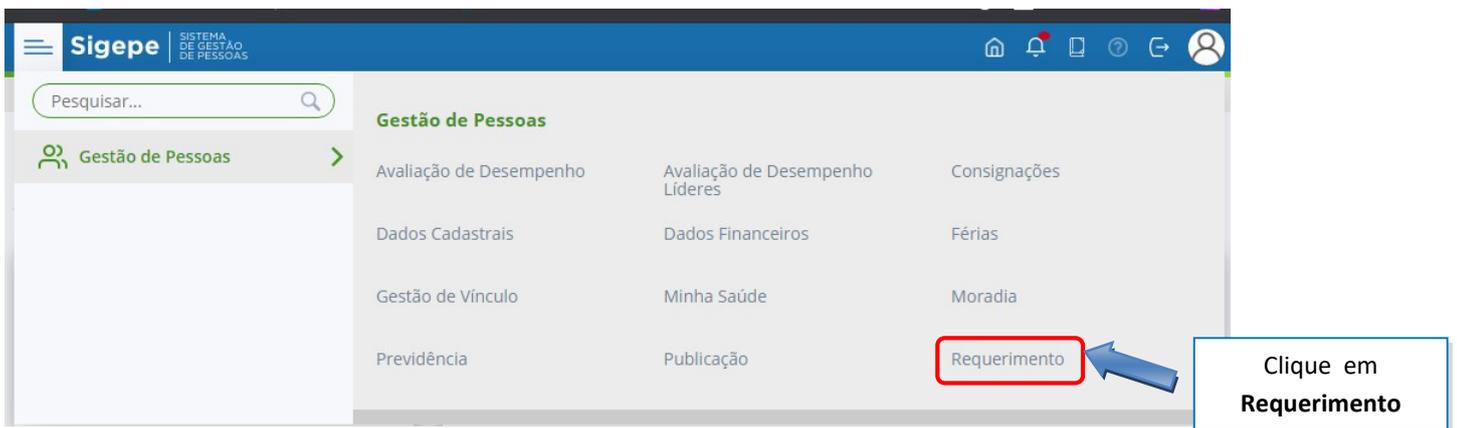
OU acesse com certificado digital

Precisa de Ajuda?

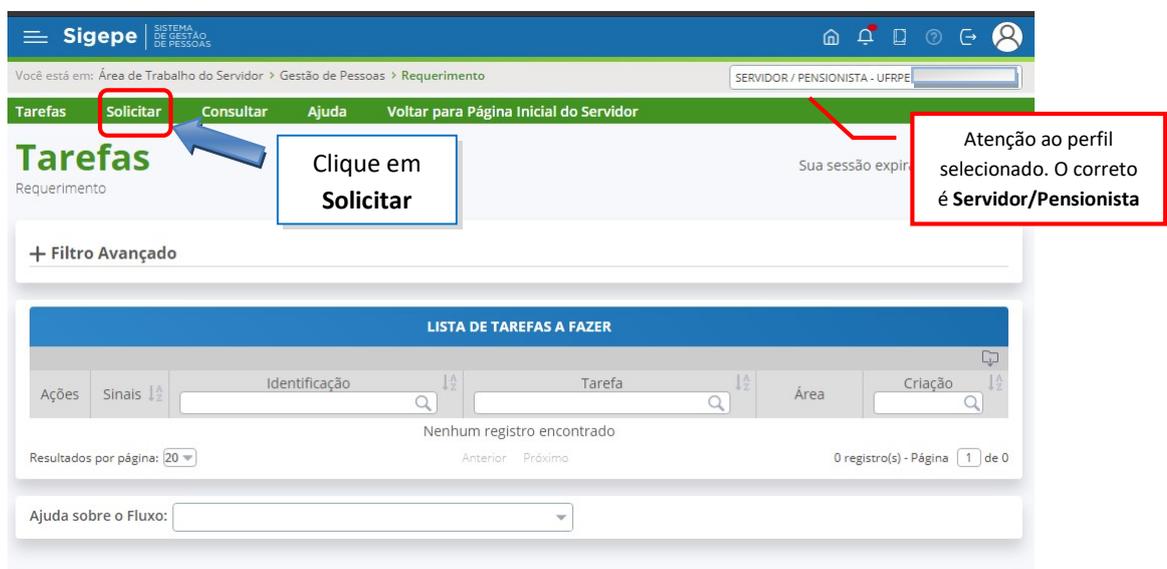
::SELECIONE::

2.1. Clique nos 3 traços ☰

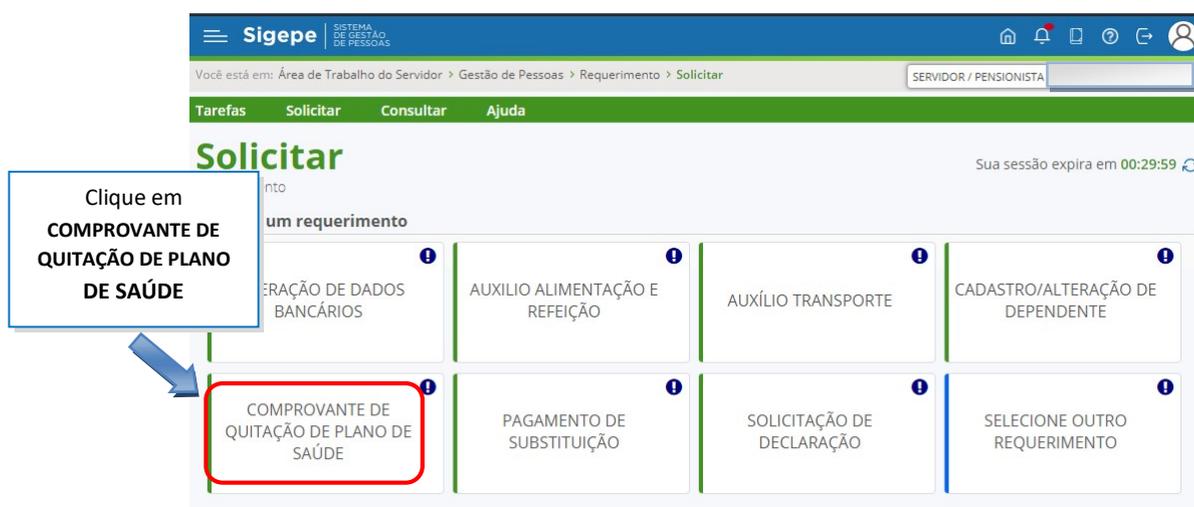
2.2. Clique em "Requerimento"



3. Você será direcionado para a área de Requerimentos;

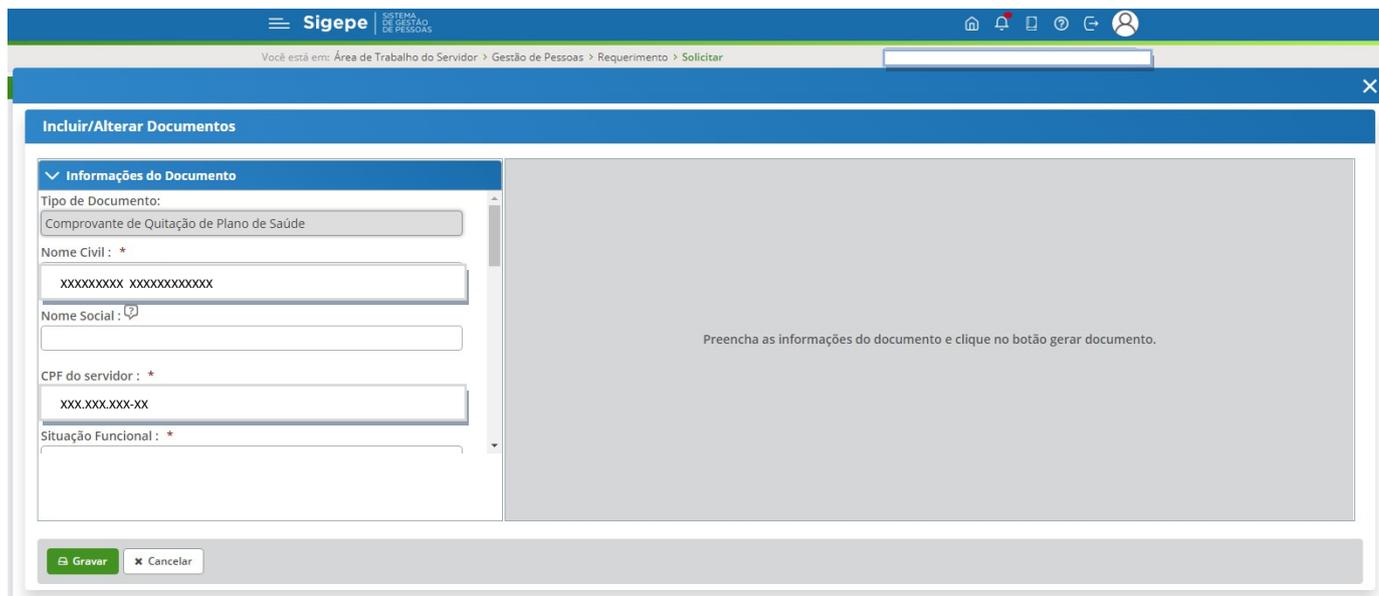


4. Selecione a opção COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE;

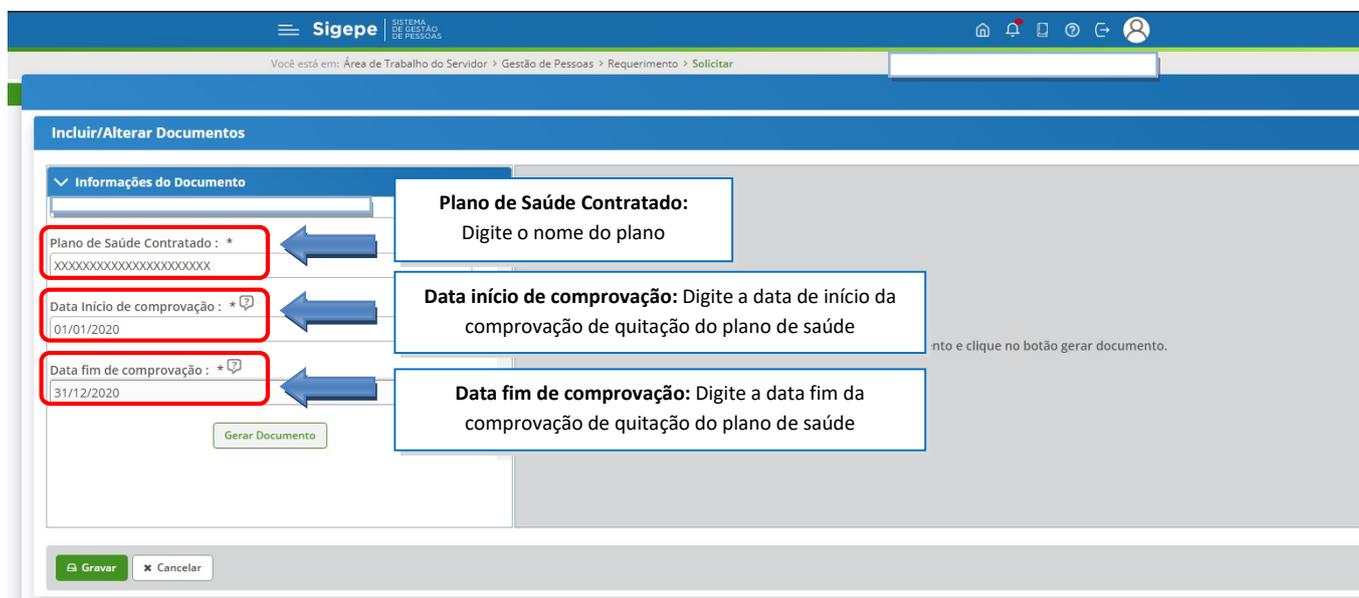


5. A janela para preenchimento do requerimento será aberta;

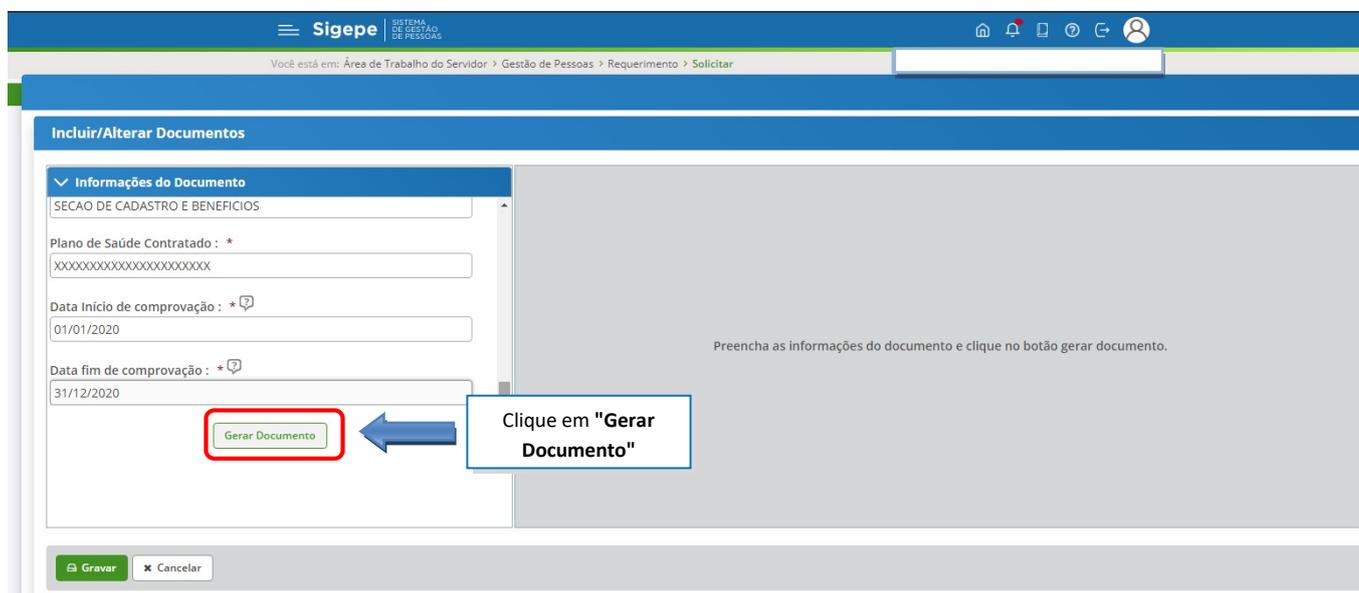
5.1. Seus dados pessoais são carregados automaticamente.



5.2. Preencha as demais informações solicitadas.



5.3. Clique em "Gerar Documento"



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

Sigepre SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS

Você está em: Área de Trabalho do Servidor > Gestão de Pessoas > Requerimento > Solicitar

Incluir/Alterar Documentos

Informações do Documento

Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

Nome Civil: *

Nome Social: ⓘ

CPF do servidor: *

Situação Funcional: *

> Assinaturas Digitais

Sigepre 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

Matricula Siape: 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

Sigepre SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS

Você está em: Área de Trabalho do Servidor > Gestão de Pessoas > Requerimento > Solicitar

Incluir/Alterar Documentos

Informações do Documento

Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

Nome Civil: *

Nome Social: ⓘ

CPF do servidor: *

Situação Funcional: *

> Assinaturas Digitais

Sigepre 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

Matricula Siape: 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

Clique em Gravar

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

Sigepre SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS

Você está em: Área de Trabalho do Servidor > Gestão de Pessoas > Requerimento > Solicitar

Incluir/Alterar Documentos

Informações do Documento

Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

Nome Civil: *

Nome Social: ⓘ

CPF do servidor: *

Situação Funcional: *

> Assinaturas Digitais

Sigepre 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

Matricula Siape: 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

Clique em Assinar

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

REQUERIMENTOS					
	Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
<input type="checkbox"/>	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

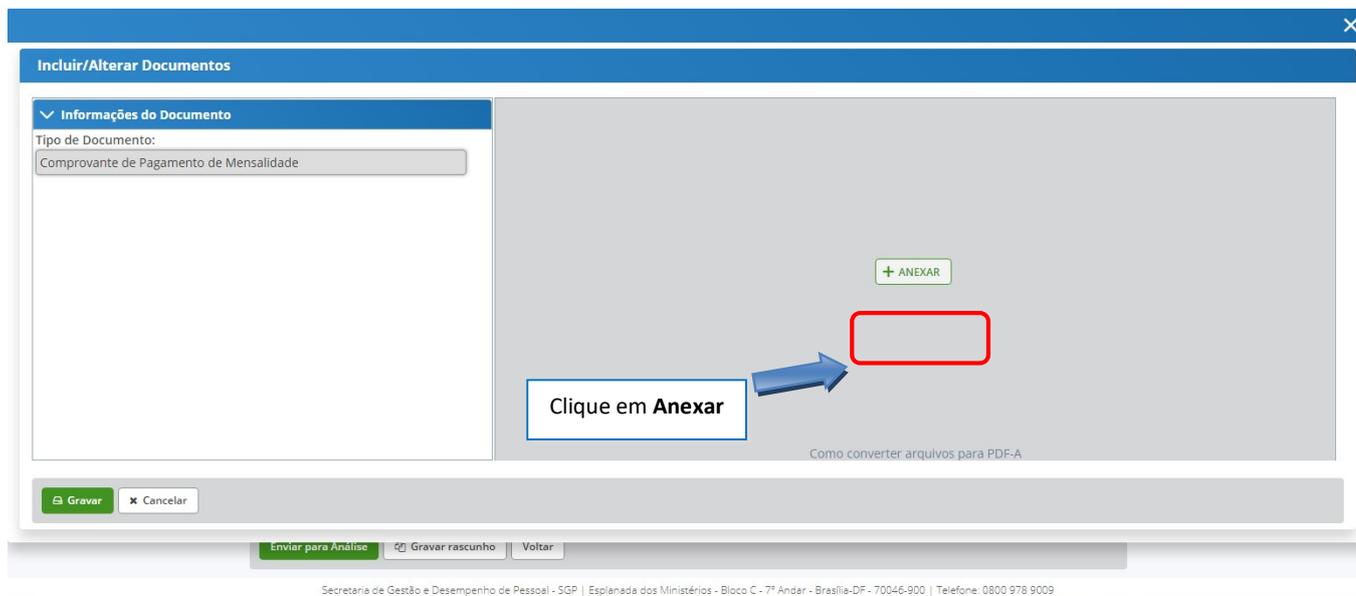
Tipo Documento: *

- Comprovante de Conta Bancária
- Comprovante de Data de Primeiro Emprego
- Comprovante de Pagamento de Mensalidade**
- Comprovante de dependência econômica
- 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

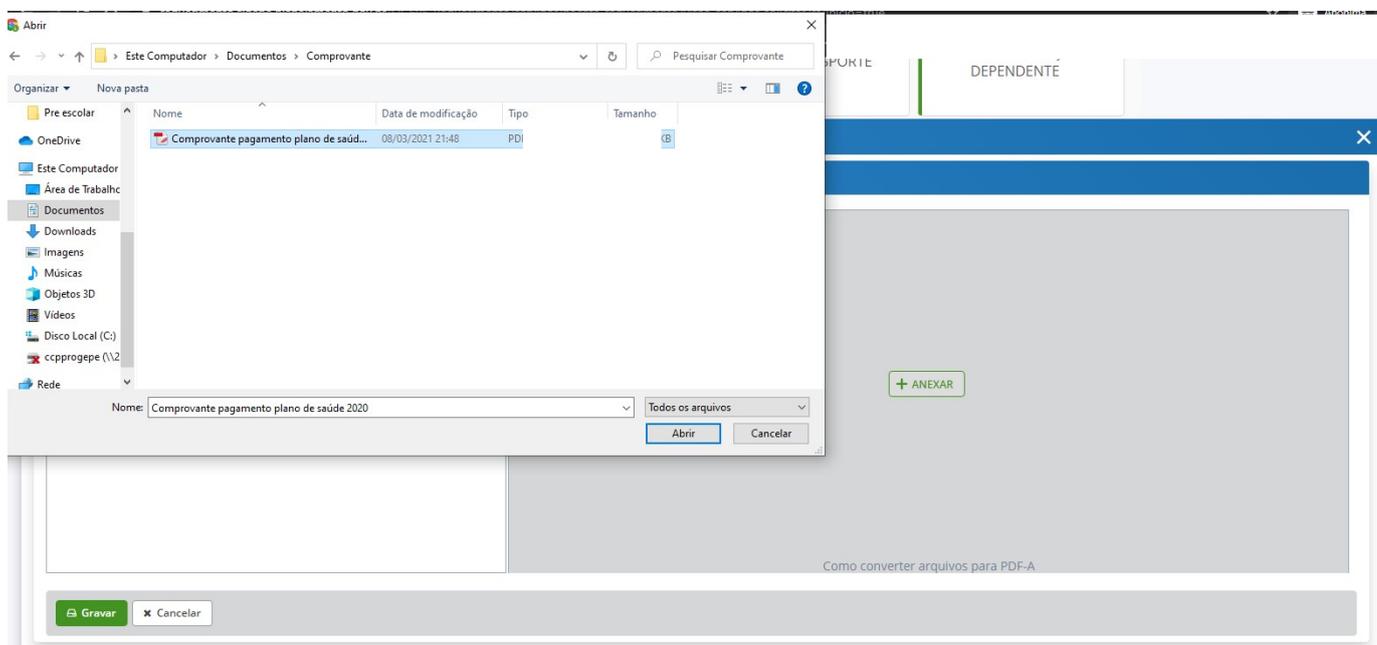
Enviar para Análise Gravar rascunho Voltar

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

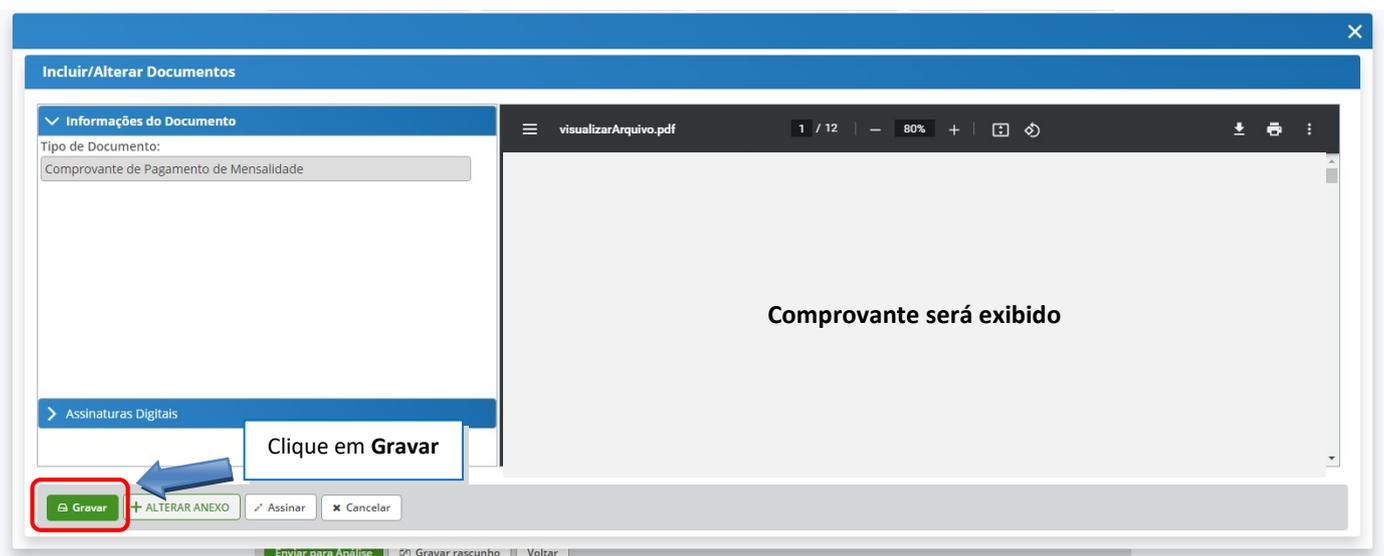
8.2. Após selecionar o tipo de documento, clique na opção “Anexar” e selecione o arquivo que deseja enviar.



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="checkbox"/> SIGAC Insira o CPF Senha <input type="button" value="Assinar"/>	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DIGITAL Se você possui certificado digital, clique no botão abaixo e acesse através de seu código PIN. <input type="button" value="Assinar"/>

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

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 Sigep - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigep, 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 | Anterior 1 Próximo | 1 registro(s) - Página 1 de 1

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 Sigep - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigep, 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).

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.