

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

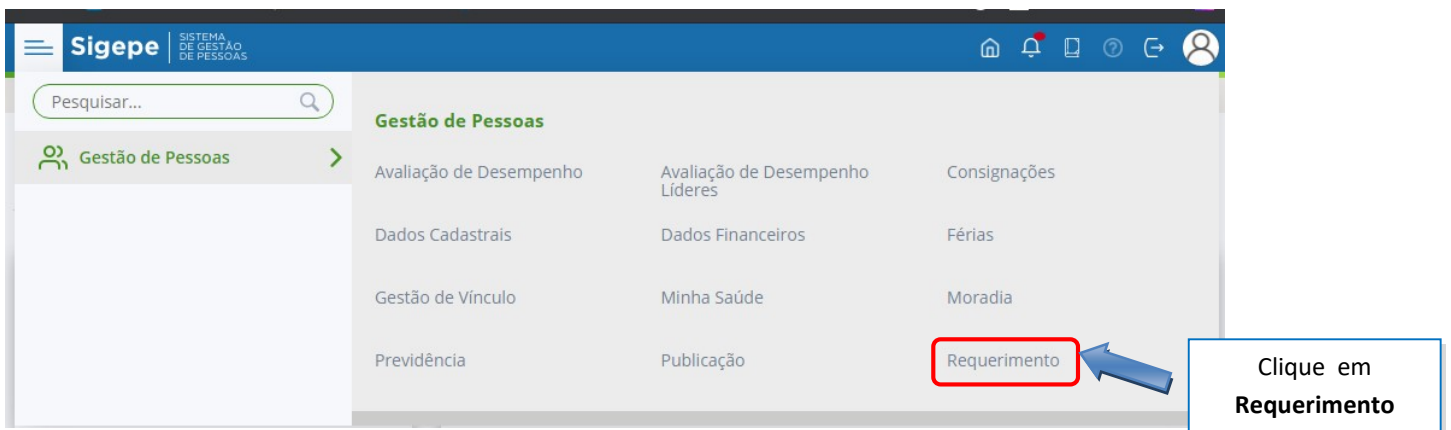
Ou acesse com certificado digital

Precisa de Ajuda?

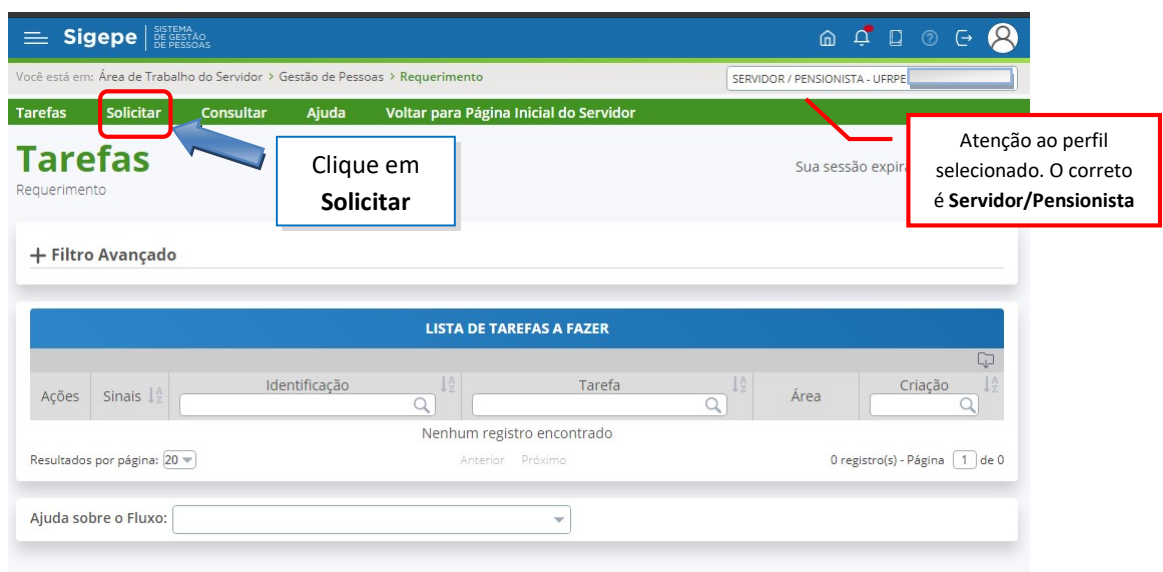
::SELECIONE::

2.1. Clique nos 3 traços ☰

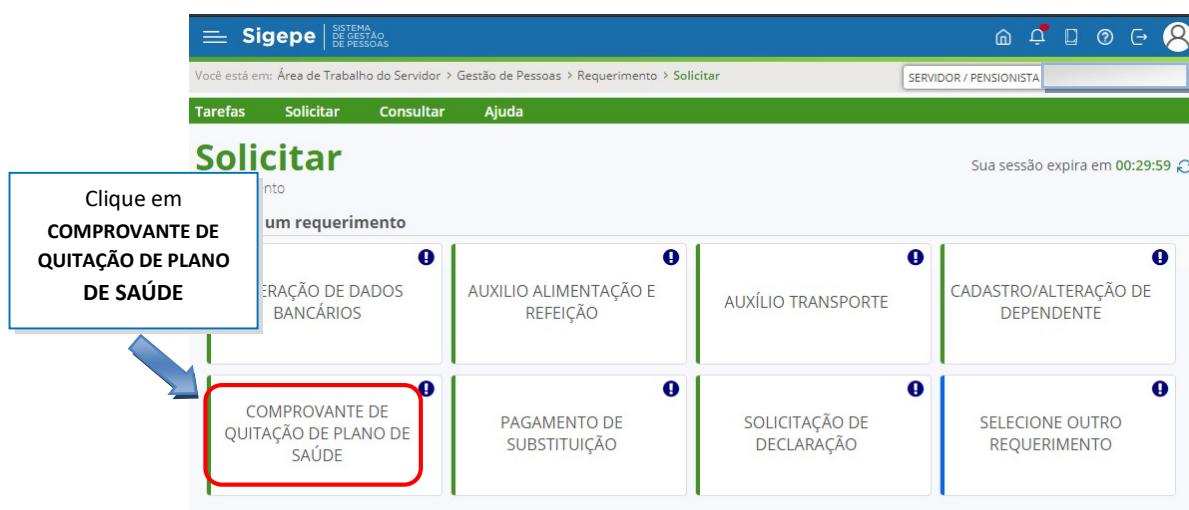
2.2. Clique em "Requerimento"



3. Você será direcionado para a área de Requerimentos;

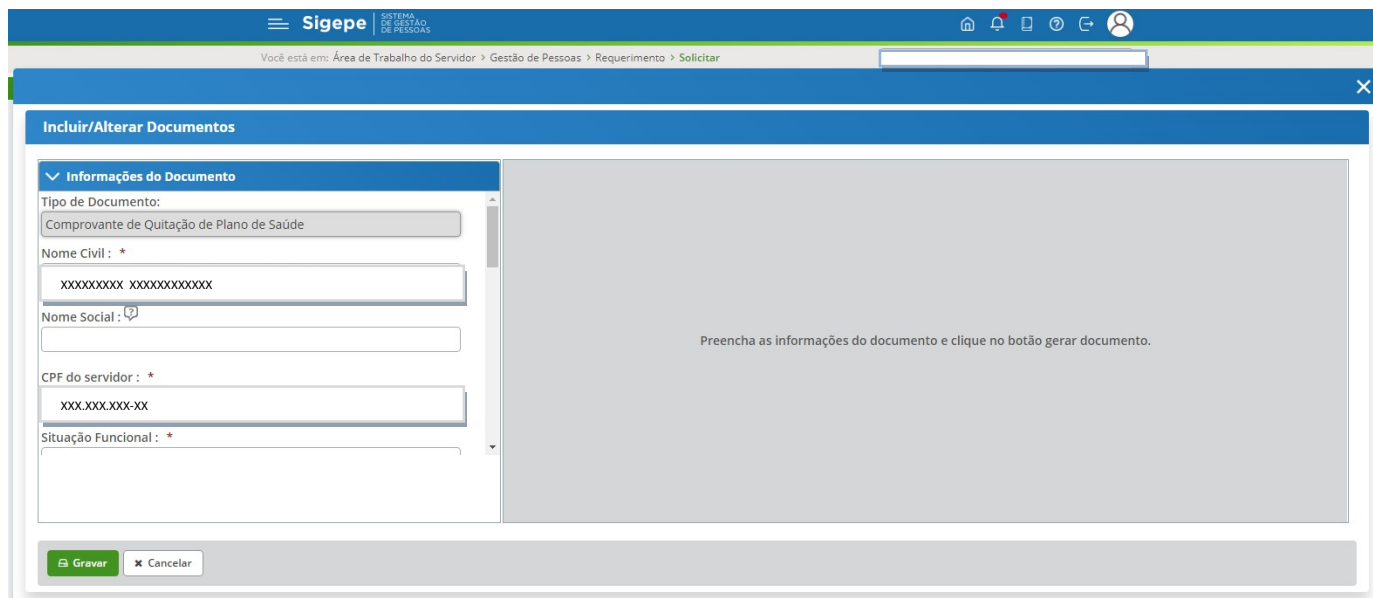


4. Selecione a opção COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE;

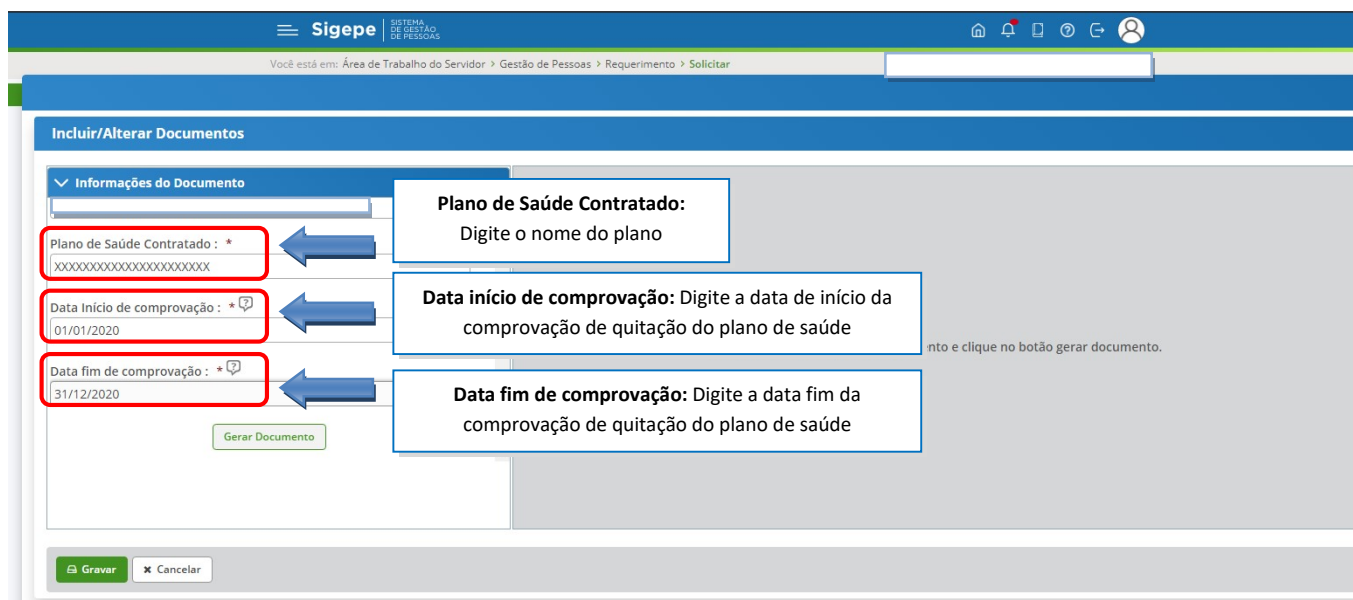


5. A janela para preenchimento do requerimento será aberta;

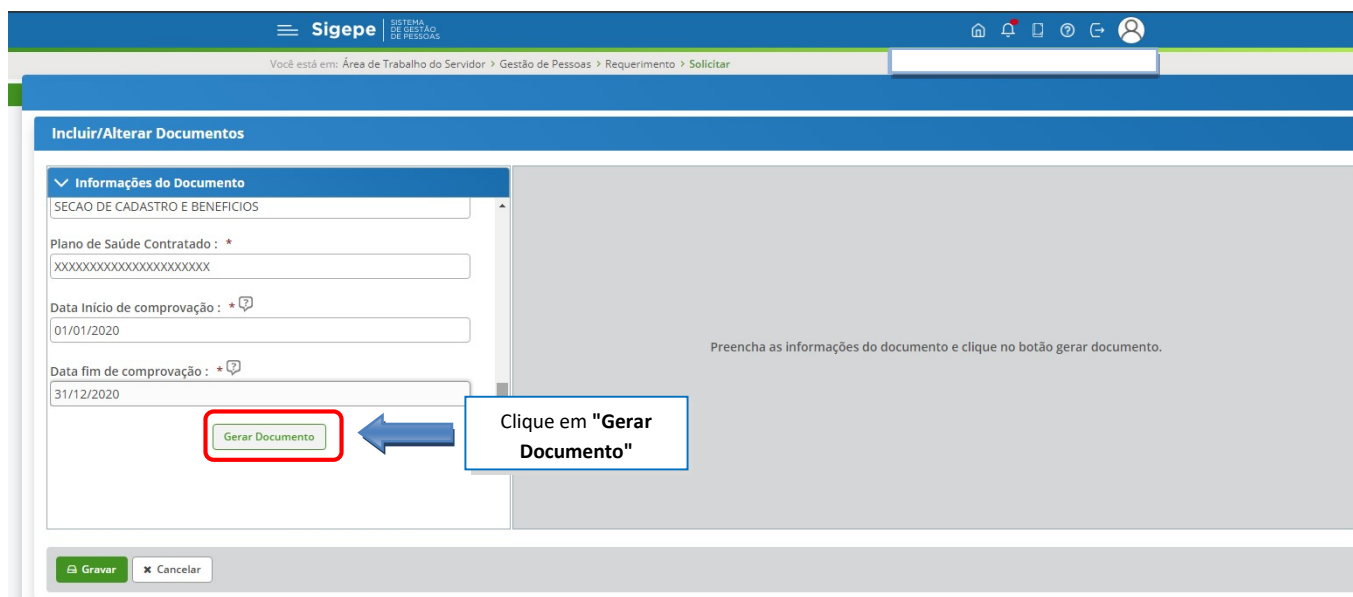
5.1. Seus dados pessoais são carregados automaticamente.



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”**.

The screenshot shows a web application interface with a table of requirements. The table has columns: Requerimento, Assinado, Preenchimento, Mensagem do Servidor, and Mensagem do Gestor de Pessoas. The first row is for 'Comprovante de Quitação de Plano de Saúde'. The 'Incluir Anexo' button is highlighted with a red box, and a blue arrow points to it from a callout box that says 'Clique em Incluir Anexo'. Below the table, there are buttons for 'Assinar Selecionado(s)', 'Excluir Selecionado(s)', and 'Registrar Ciência:'. At the bottom, there are buttons for 'Enviar para Análise', 'Gravar rascunho', and 'Voltar'.

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

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 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.

The screenshot shows the 'Incluir Anexo' dialog box. The 'Tipo Documento: *' dropdown menu is open, showing a list of document types. 'Comprovante de Pagamento de Mensalidade' is highlighted with a red box. The list includes: 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, and Comprovante de pagamento de contribuição previdenciária dos últimos três meses.

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

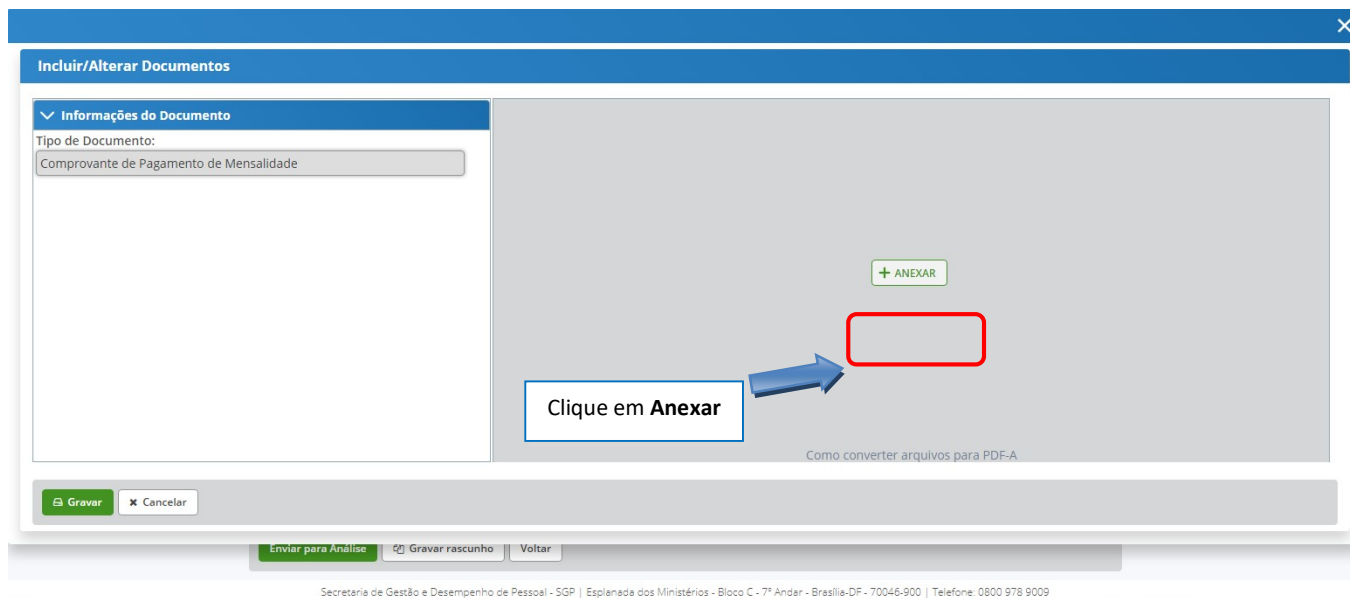
Comprovante de matrícula de dependente de instituição de ensino

Comprovante de pagamento de contribuição previdenciária dos últimos três meses

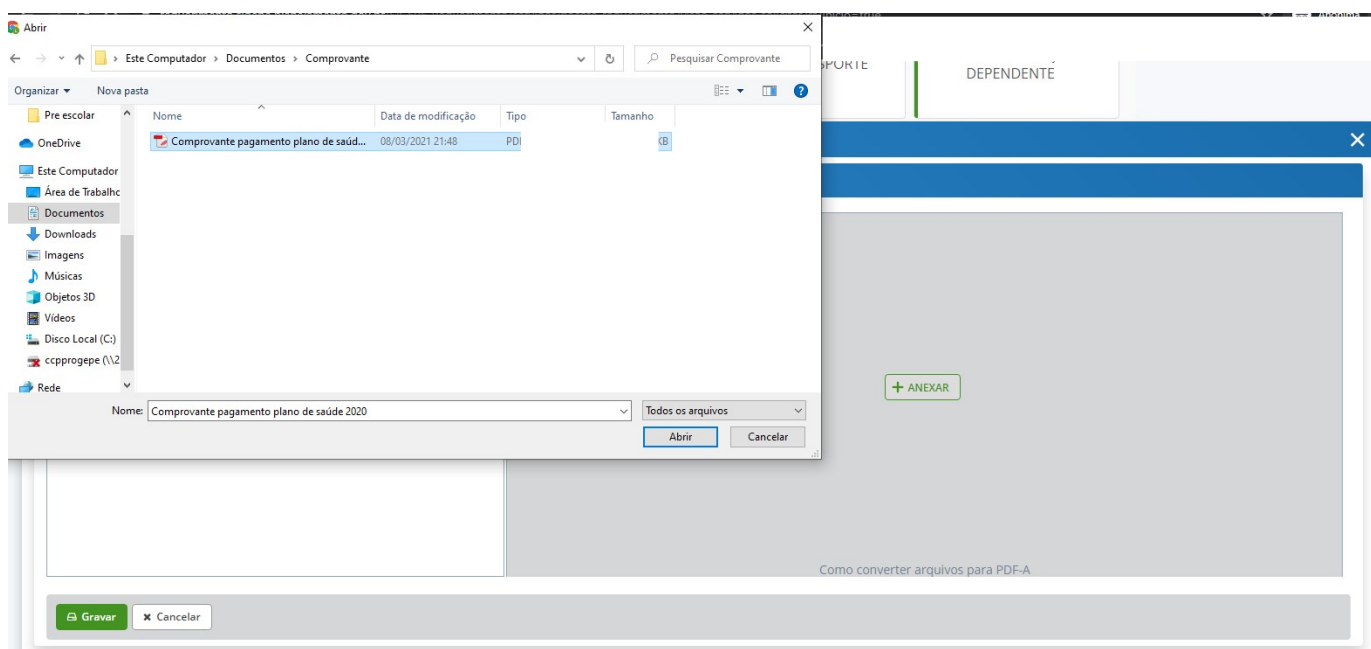
Enviar para Análise Gravar rascunho Voltar

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

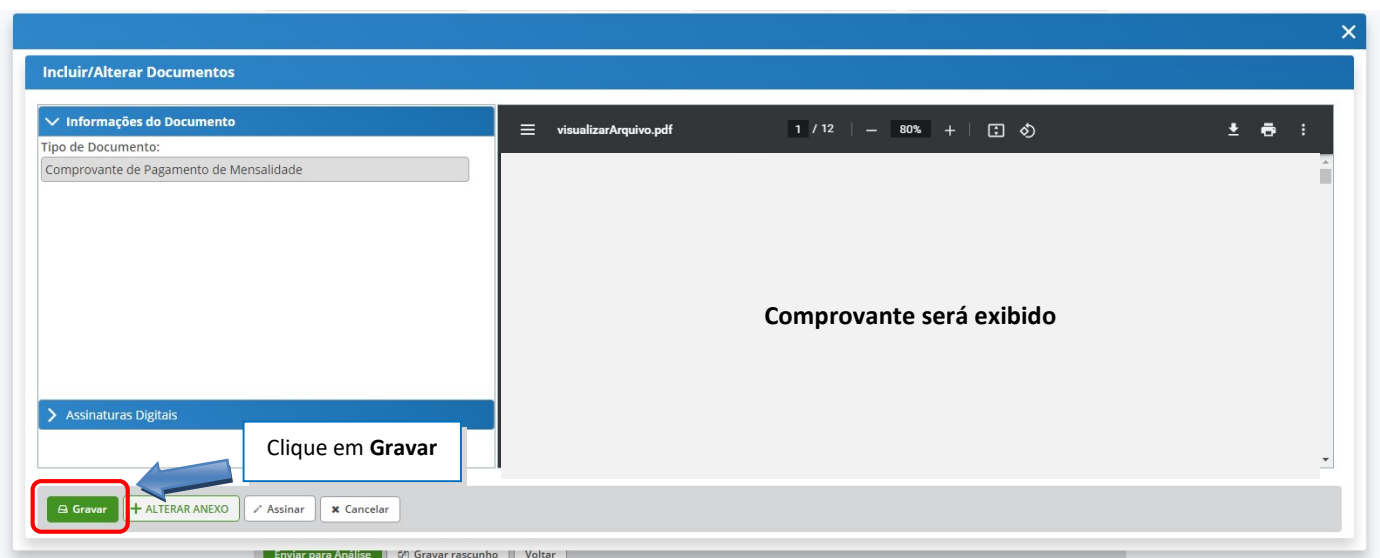
8.2. Após selecionar o tipo de documento, clique na opção “Anexar” e selecione o arquivo que deseja enviar.



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	SIGAC Insira o CPF Senha Assinar	-
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Pagamento de Mensalidade - 0004687513-CPME	CERTIFICADO DIGITAL Se você possui certificado digital, clique no botão abaixo e acesse através de seu código PIN. Certificado Digital	-

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 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).

Clique em Assinar

Enviar para Análise | Gravar rascunho | Voltar

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

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 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).

Enviar para Análise | Gravar rascunho | Voltar

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.