

Comprovação do Auxílio Saúde Através do SIGEPE

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

<https://sso.gestaodeacesso.sigepe.gov.br/cassso/login>



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

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**



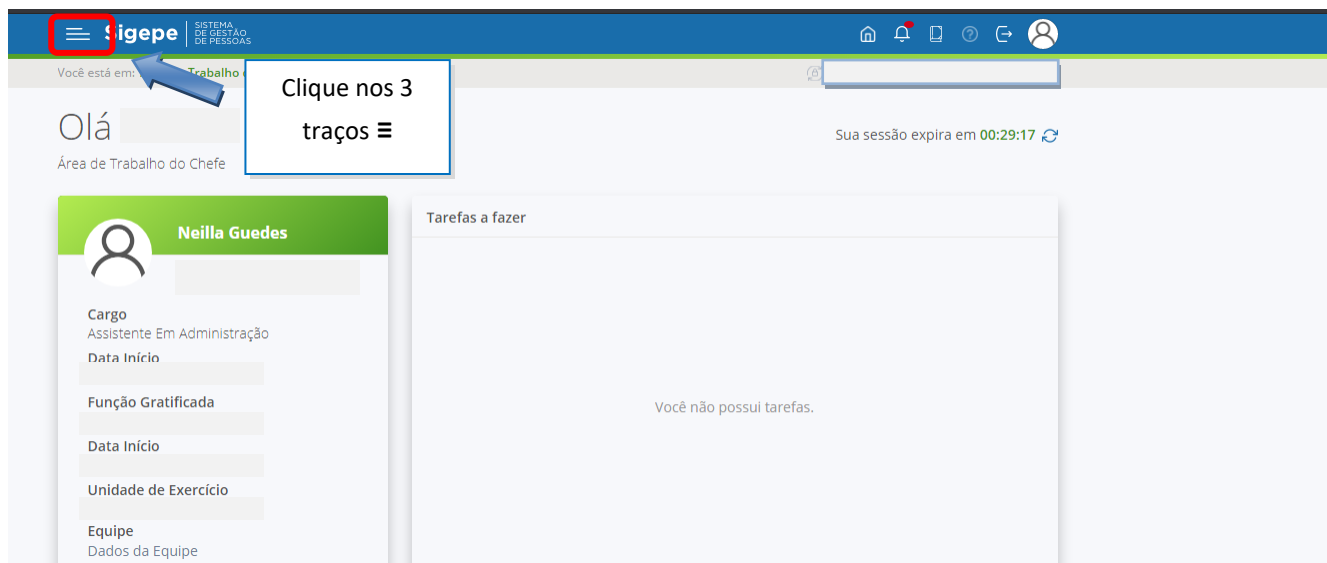
Acessar

Precisa de Ajuda?

SELECIONE::



2.1. Clique nos 3 traços ≡



Sigepe SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS

Você está em: Trabalho

Olá, Neilla Guedes

Área de Trabalho do Chefe

Neilla Guedes

Cargo: Assistente Em Administração

Data Início:

Função Gratificada:

Data Início:

Unidade de Exercício:

Equipe:

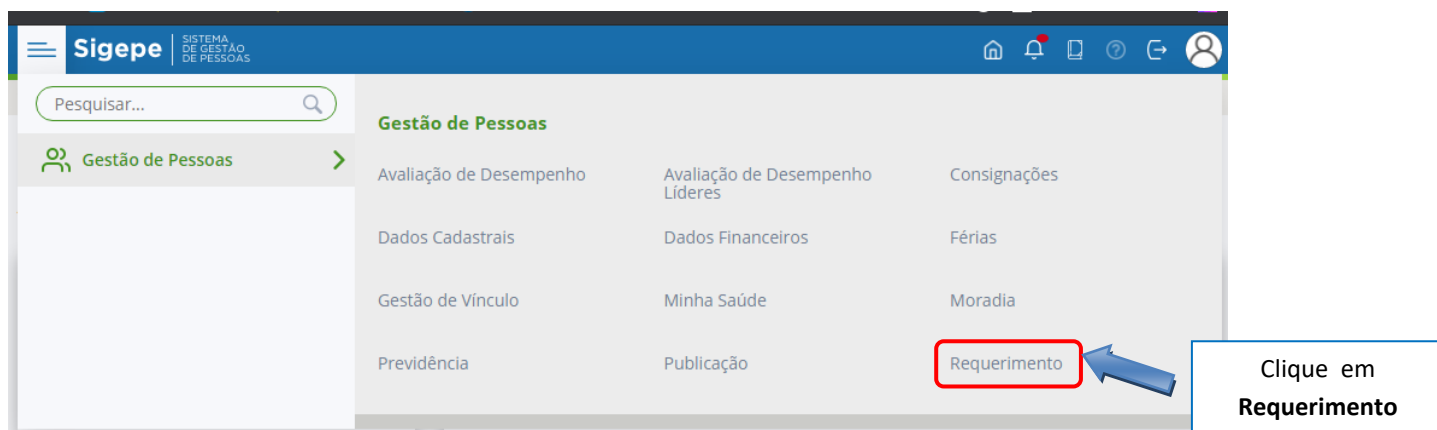
Dados da Equipe:

Tarefas a fazer

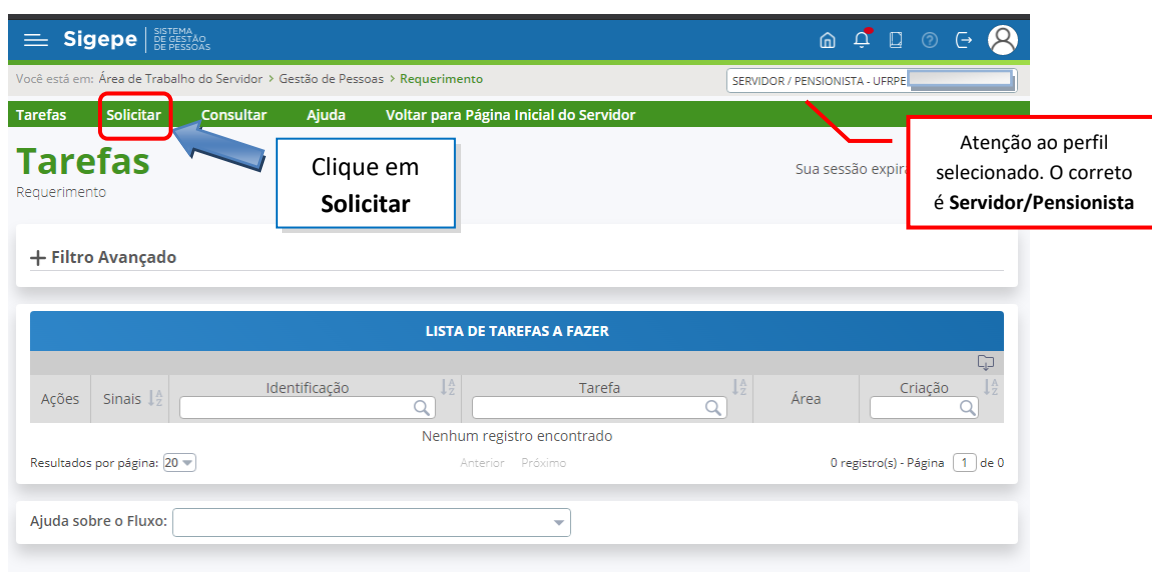
Você não possui tarefas.

Sua sessão expira em 00:29:17

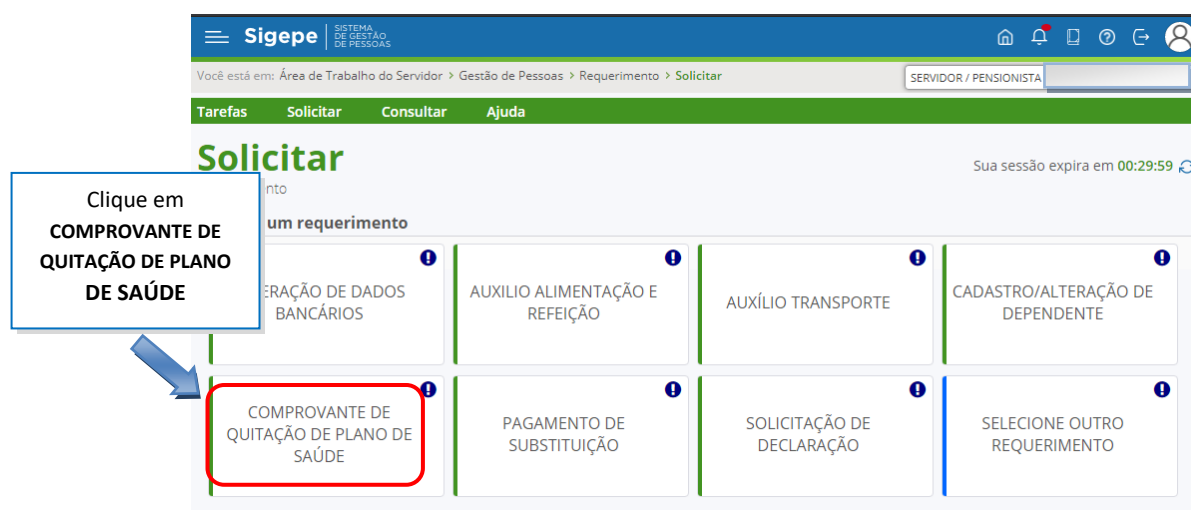
2.2. Clique em "Requerimento"



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.

Incluir/Alterar Documentos

Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

Informações Conteúdo

Campos

Nome Civil : *
XXXXXXXX XXXXXXXXXXXX

Nome Social :

CPF do Servidor : *
XXX.XXX.XXX-XX

Situação Funcional : *
ATIVO PERMANENTE

Matrícula SIAPE : *
XXXXX

Cargo Efetivo :
ASSISTENTE EM ADMINISTRACAO

Gerar Documento + Incluir Assinar Fechar

5.2. Preencha as demais informações solicitadas e Clique em "Gerar Documento".

E-mail Institucional :

Unidade de Lotação : *

DDD + Telefone fixo : *

Unidade de Exercício : *
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACAO DE PESSOAS

Plano de Saúde Contratado : *
Plano de Saúde Contratado: Digite o nome do plano

Data Início de Comprovação : *
01/01/2022
Data início de comprovação: Digite a data de início da comprovação de quitação do plano de saúde

Data Fim de Comprovação : *
31/12/2023
Data fim de comprovação: Digite a data fim da comprovação de quitação do plano de saúde

Gerar Documento
Clique em "Gerar Documento"

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

Incluir/Alterar Documentos

Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

Informações Conteúdo

Sigepe
Sistema de Gestão de Pessoas

Requerimento
Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome Civil:

Nome Social (Portaria MP/GM nº 233, de 18.05.2010, PNDH):

CPF: Situação Funcional:

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: Período de Comprovação: 01/01/2022 a 31/12/2023

Gerar Documento + Incluir Assinar Fechar

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

2. DADOS PARA COMPROVAÇÃO

Plano de Saúde Contratado: Período de Comprovação: 01/01/2022 a 31/12/2023

Gerar Documento + Incluir Assinar Fechar

Clique em Incluir

6.2. O requerimento será incluído e retorna para tela inicial

Solicitar
Requerimento

Sua sessão expira em 00:29:08

Mensagem de Sucesso!
Requerimento incluído com sucesso.

Solicitar um requerimento

COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES E PROVENTOS

CADASTRO DE SERVIDOR

DECLARAÇÕES LEGAIS

CADASTRO DE ESTAGIÁRIO

DECLARAÇÃO SOBRE VÍNCULO FAMILIAR PARA FINS DE APURAÇÃO DE SITUAÇÃO DE NEPOTISMO

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE PARTICIPAÇÃO GERÊNCIA SOCIEDADE PRD

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	Opcional	Preenchido	Inserir	-
	Incluir Anexo				

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

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	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
	Incluir Anexo				

Resultados por página: 20 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

7.1. 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

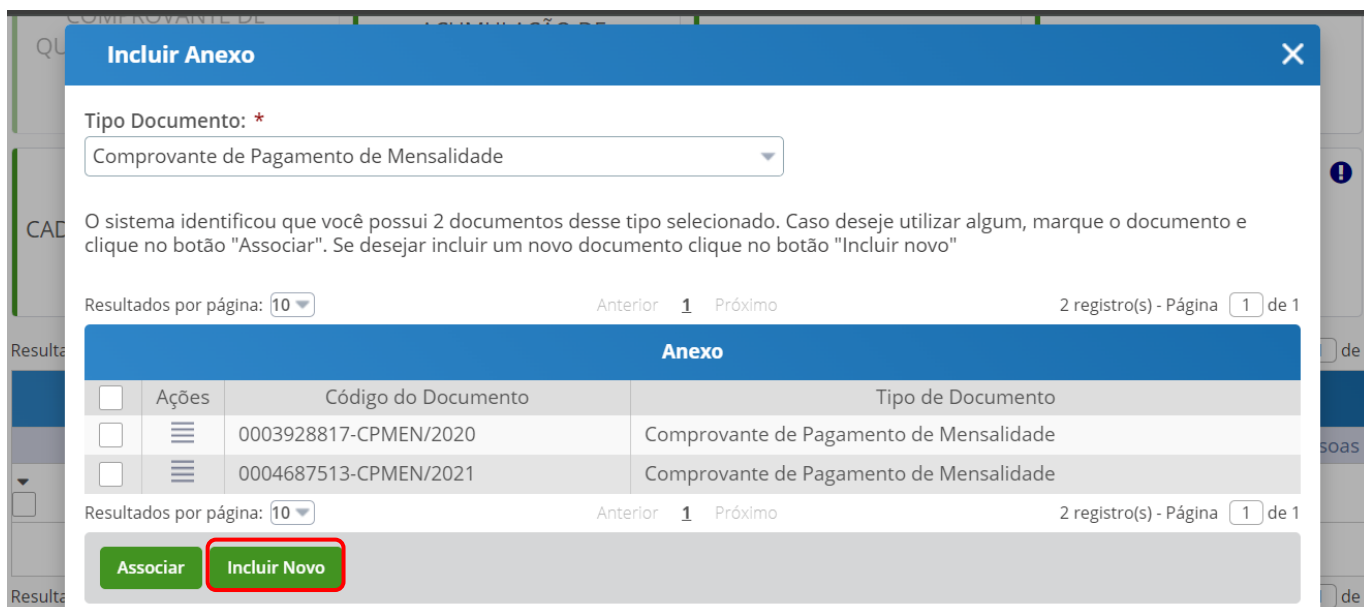
Comprovante de matrícula de dependente de instituição de ensino

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

7.2. Após selecionar o tipo de documento, clique na opção “Incluir Novo”



Incluir Anexo

Tipo Documento: *

Comprovante de Pagamento de Mensalidade

O sistema identificou que você possui 2 documentos desse tipo selecionado. Caso deseje utilizar algum, marque o documento e clique no botão "Associar". Se desejar incluir um novo documento clique no botão "Incluir novo"

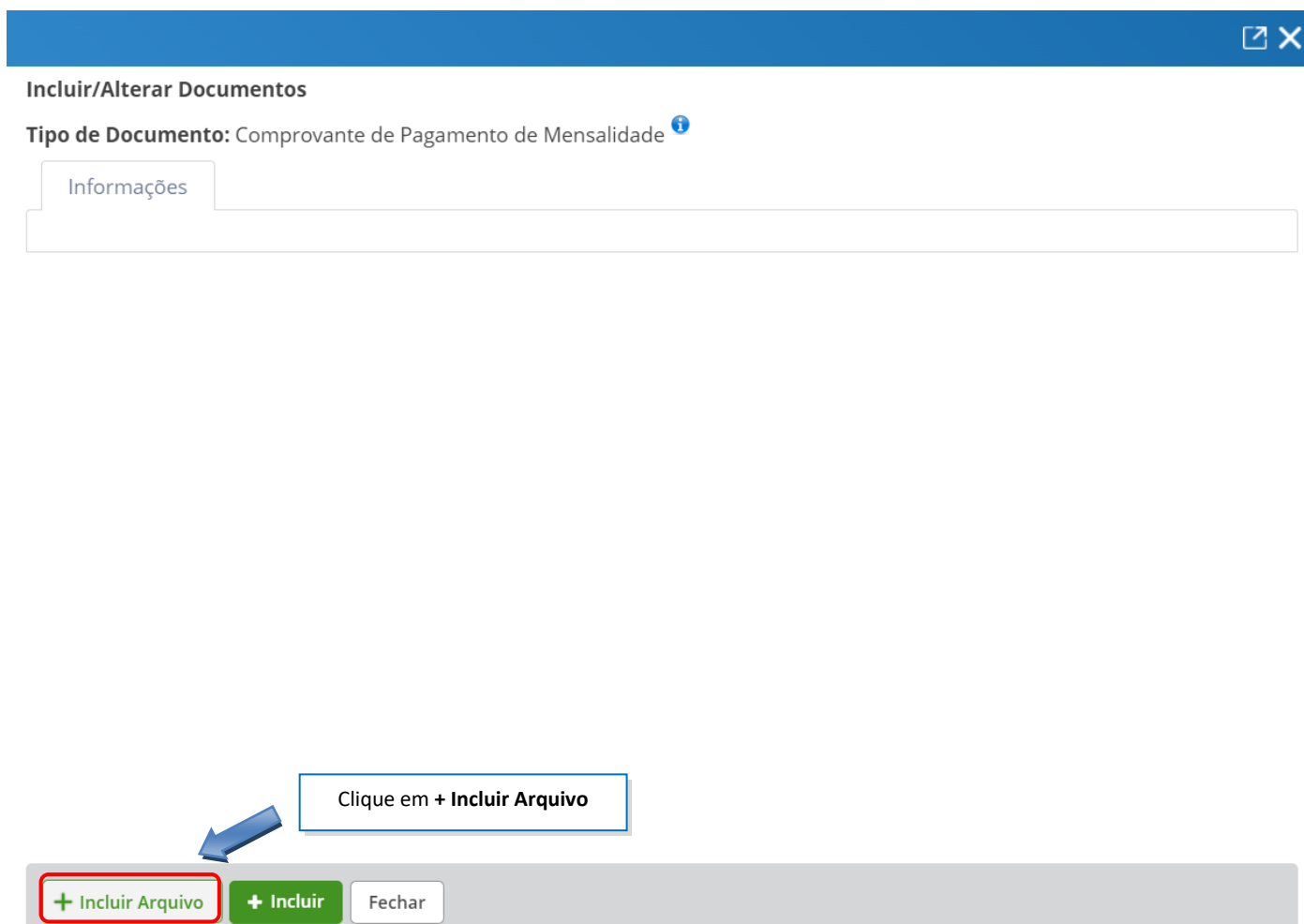
Resultados por página: 10 Anterior 1 Próximo 2 registro(s) - Página 1 de 1

Anexo			
<input type="checkbox"/>	Ações	Código do Documento	Tipo de Documento
<input type="checkbox"/>		0003928817-CPMEN/2020	Comprovante de Pagamento de Mensalidade
<input type="checkbox"/>		0004687513-CPMEN/2021	Comprovante de Pagamento de Mensalidade

Resultados por página: 10 Anterior 1 Próximo 2 registro(s) - Página 1 de 1

Associar **Incluir Novo**

7.3. Em seguida clique opção “+ Incluir Arquivo” e selecione o arquivo que deseja enviar.



Incluir/Alterar Documentos

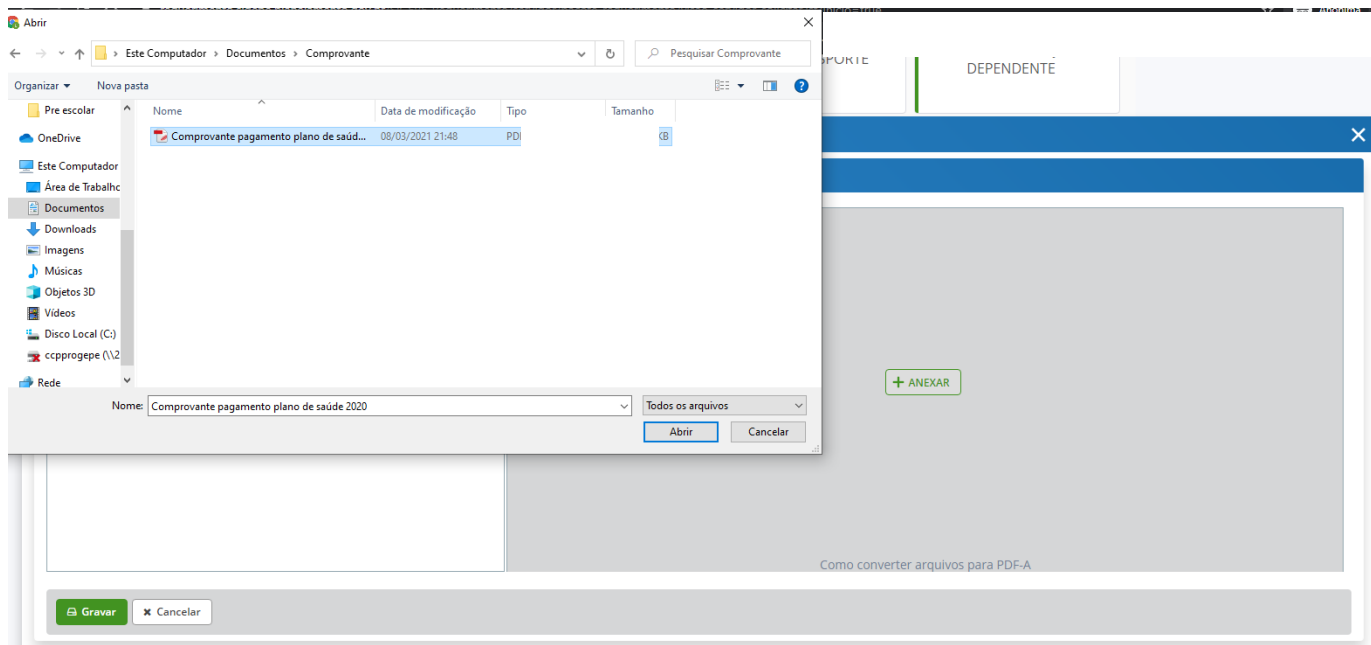
Tipo de Documento: Comprovante de Pagamento de Mensalidade

Informações

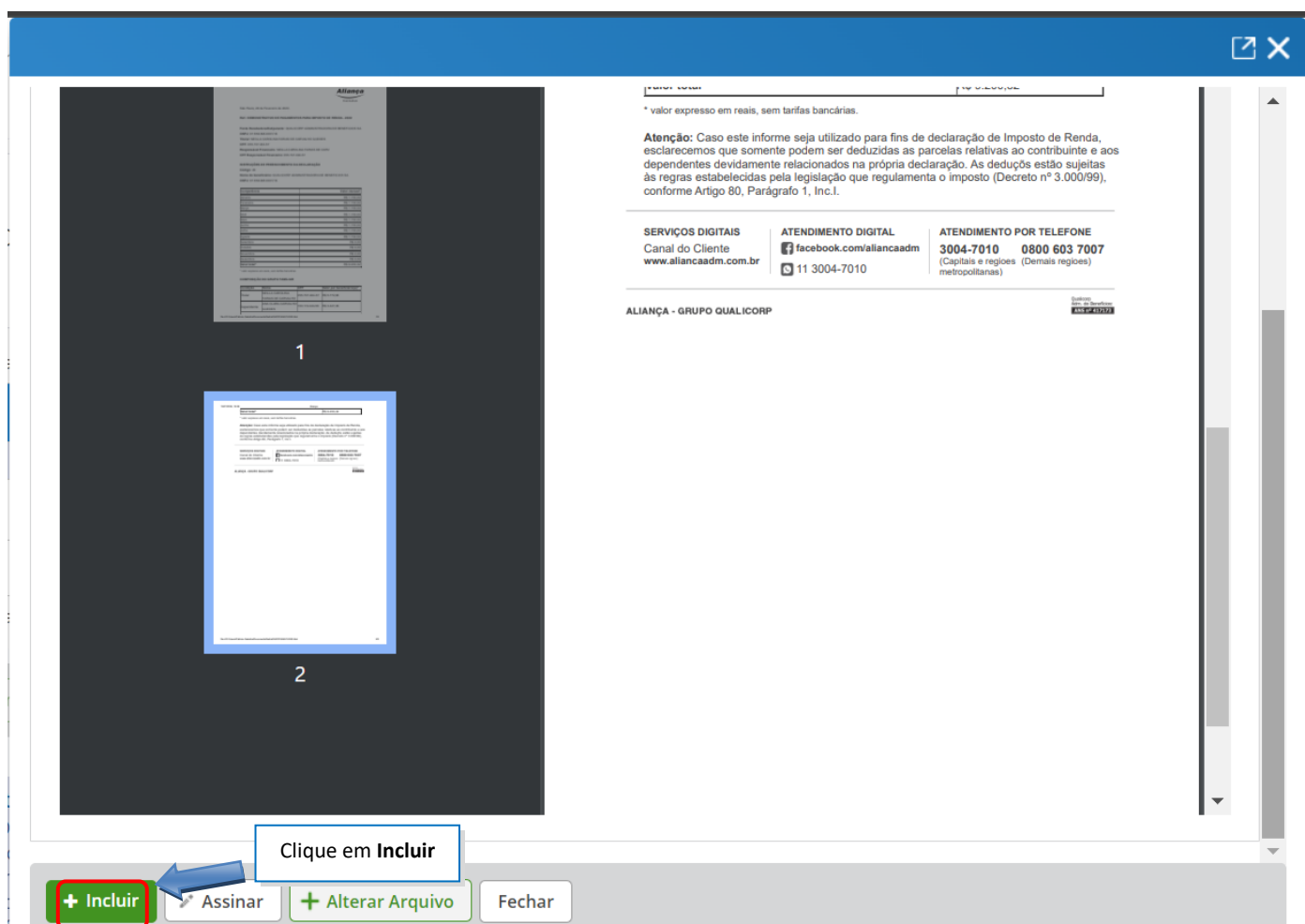
+ Incluir Arquivo + Incluir Fechar

Clique em + Incluir Arquivo

7.4. Seleção o arquivo salvo no computador.



7.5. Confira o documento e clique em "Incluir"



8. Na próxima tela serão exibidos o(s) requerimento(s) e o(s) seu(s) respectivo(s) anexo(s). Podem ser anexados vários documentos, seguindo as passos do item 7.

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 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	-

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

REQUERIMENTOS					
	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	-

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

Incluir Anexo

Resultados por página: 20

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

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	-

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

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.