

## 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](mailto: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**

Certificado Digital

Certificado em Nuvem

Precisa de Ajuda?

SELECIONE

### 2.1. Clique nos 3 traços ≡

Você está em: Trabalho

**Olá**

Área de Trabalho do Chefe

**Neilla Guedes**

Cargo  
Assistente Em Administração

Data Início

Função Gratificada

Data Início

Unidade de Exercício

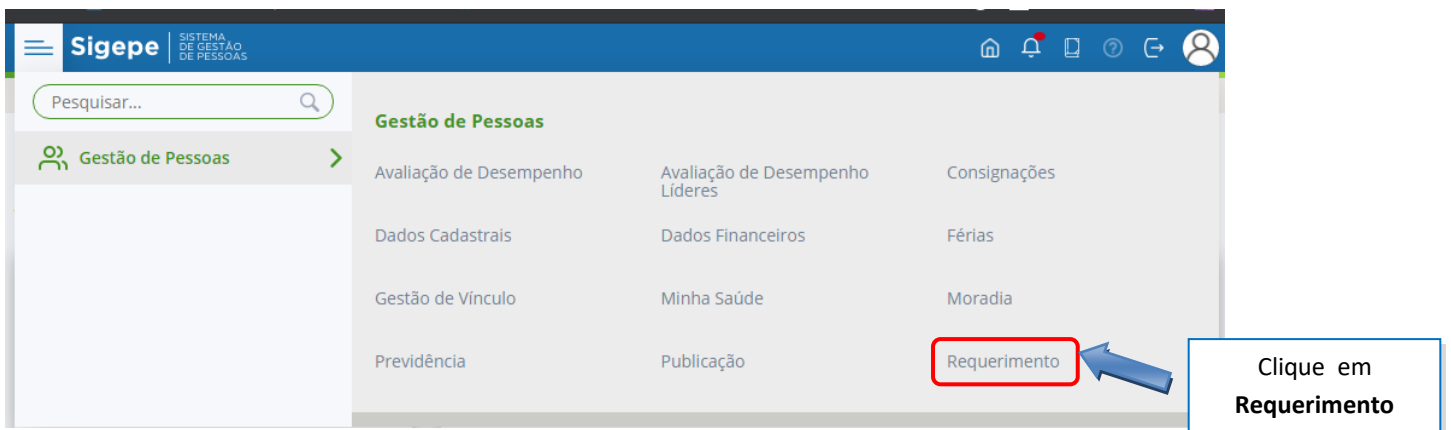
Equipe  
Dados da Equipe

Tarefas a fazer

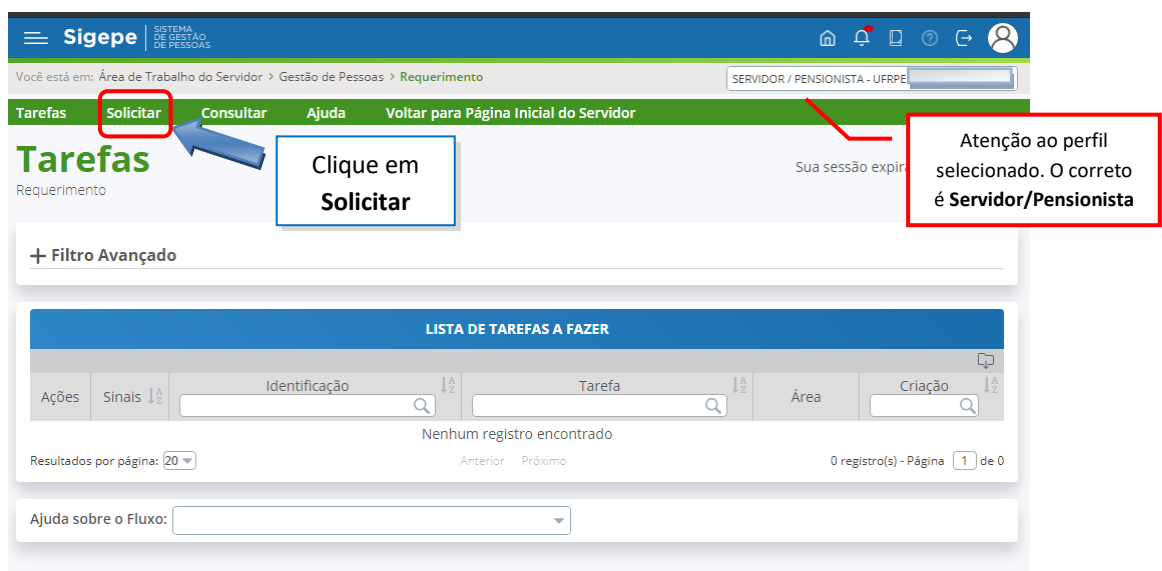
Você não possui tarefas.

Sua sessão expira em 00:29:17

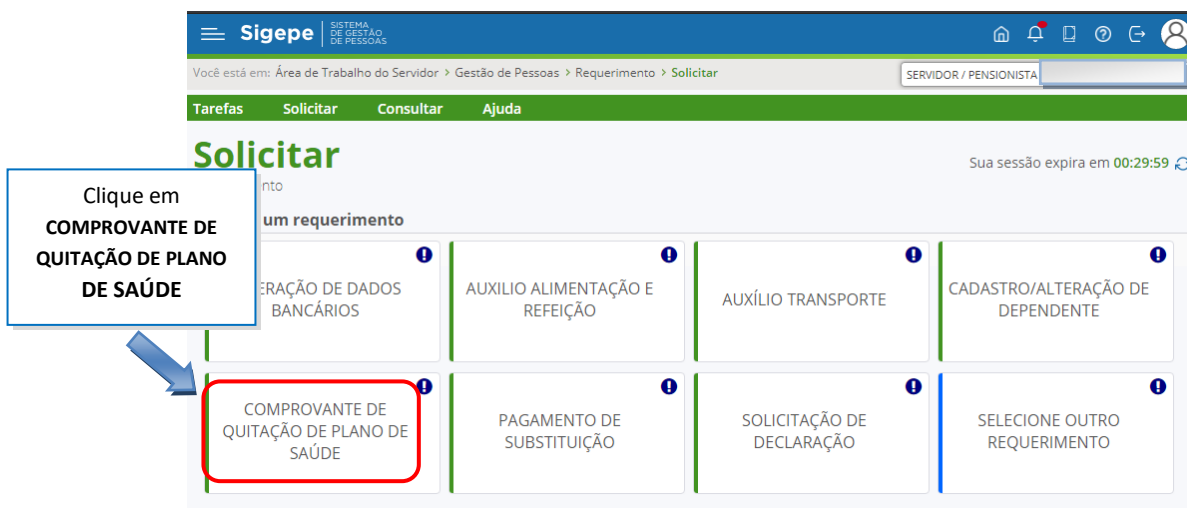
## 2.2. Clique em "Requerimento"



## 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 : \*  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nome Social :  
[Empty]

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 :  
[Empty]

Unidade de Lotação : \*  
[Empty]

DDD + Telefone fixo : \*  
[Empty]

Unidade de Exercício : \*  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACAO DE PESSOAS

Plano de Saúde Contratado : \*  
[Empty]

Data Início de Comprovação : \*  
01/01/2022

Data Fim de Comprovação : \*  
31/12/2023

Gerar Documento + Incluir Assinar Fechar

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

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

## Sigep

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: \_\_\_\_\_

Matrícula Sipe: \_\_\_\_\_ 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”**.

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

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**

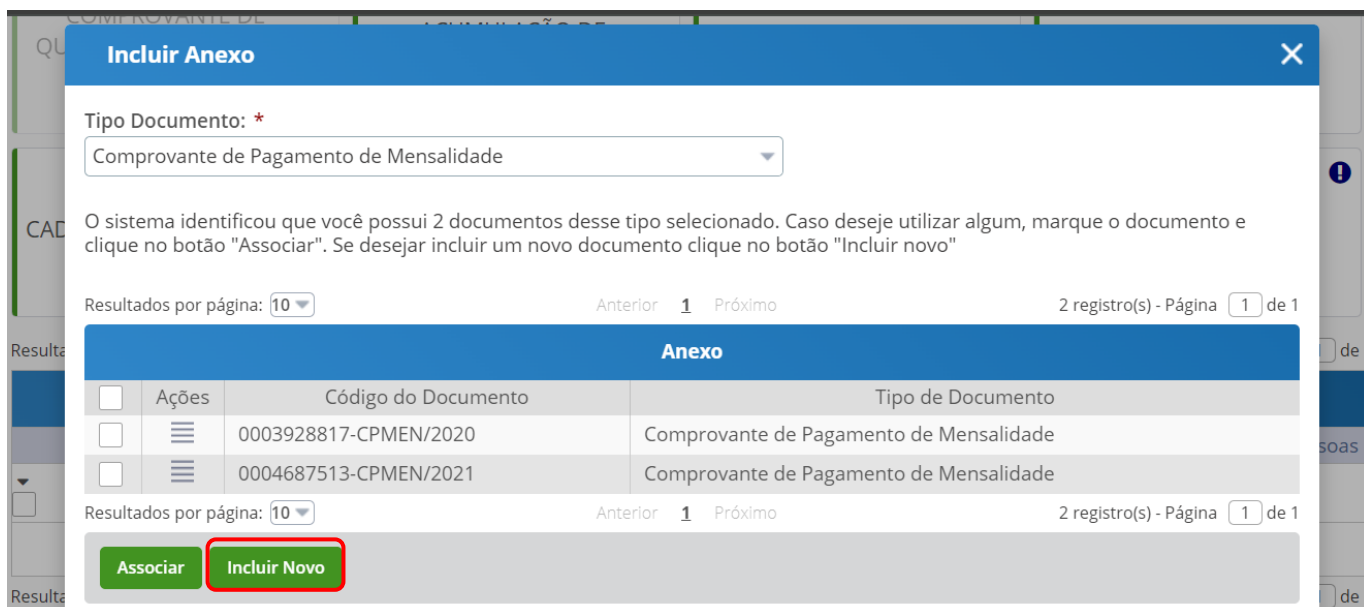
Tipo Documento: \*

- 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"

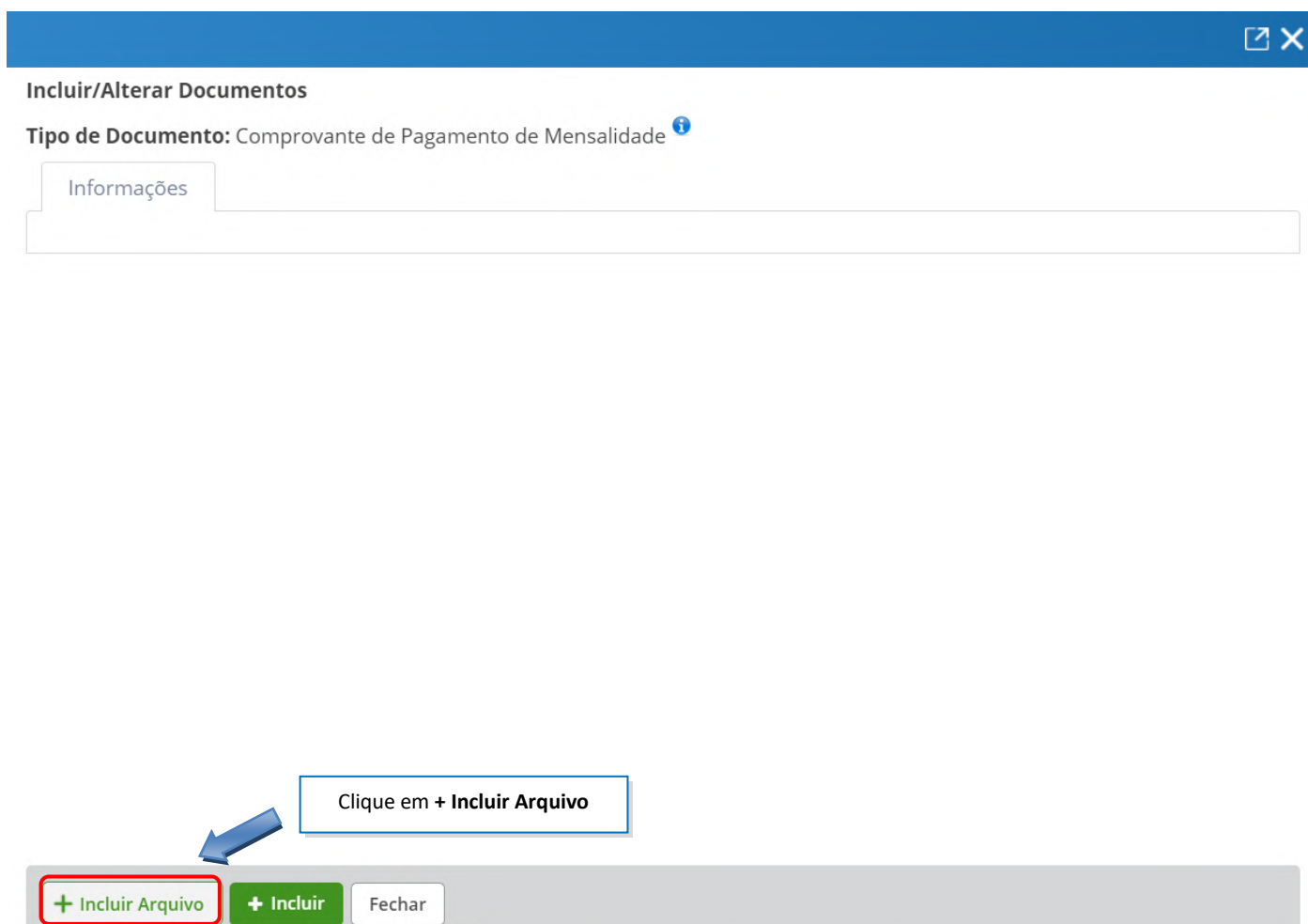
Resultados por página: 10 Anterior 1 Próximo 2 registro(s) - Página 1 de 1

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**

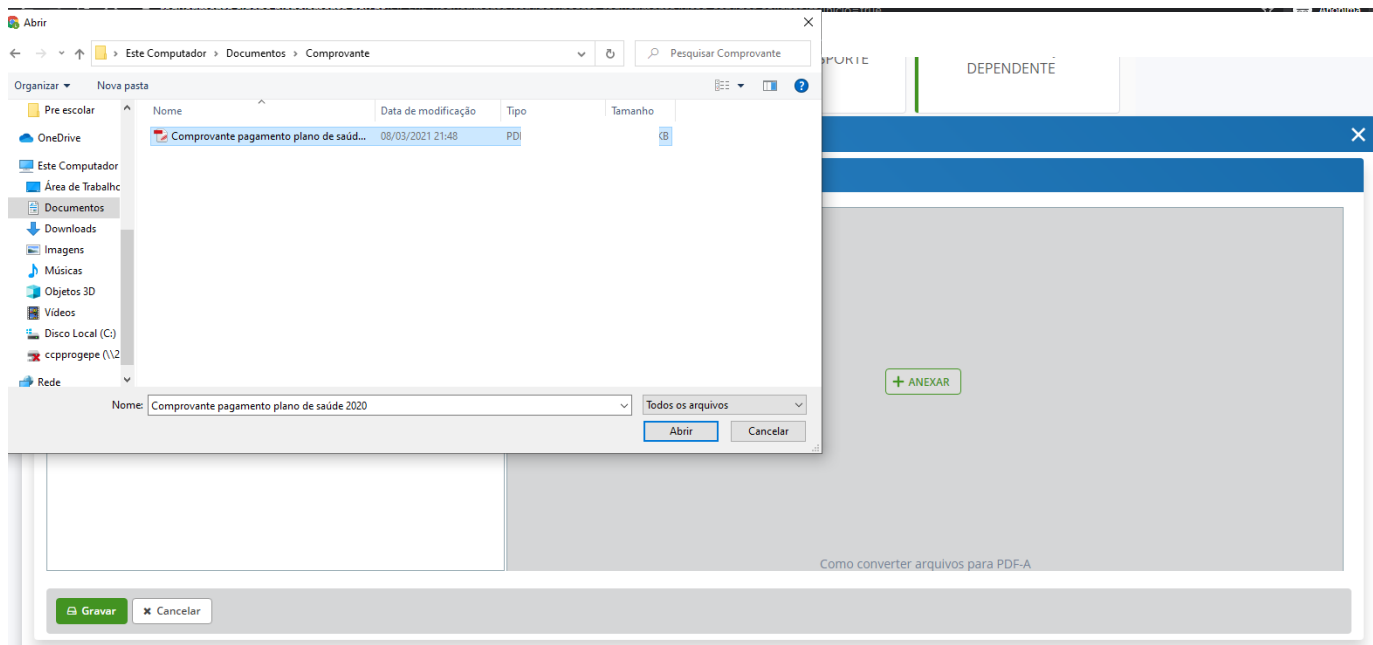
Tipo de Documento: Comprovante de Pagamento de Mensalidade ⓘ

Informações

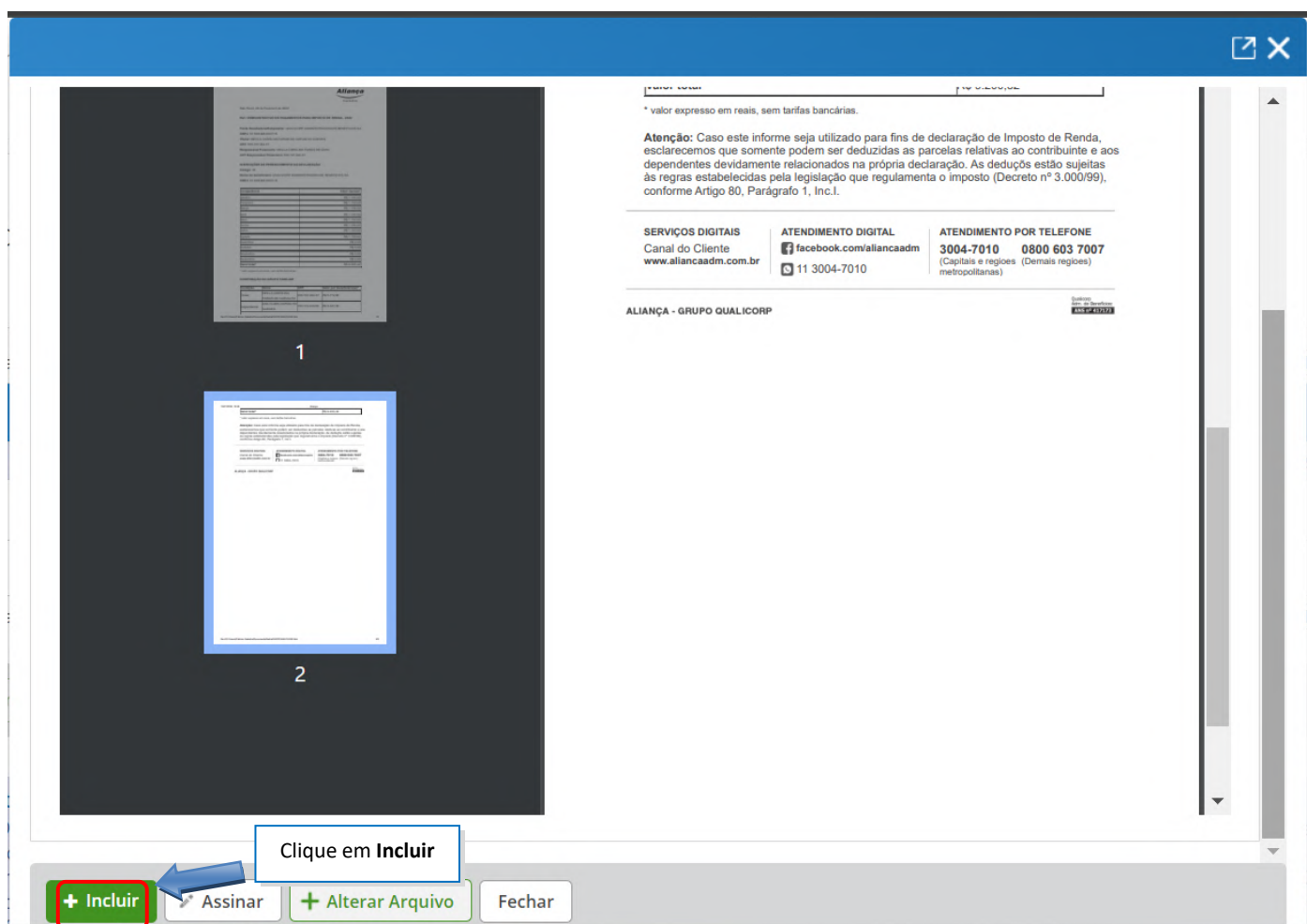
Clique em + Incluir Arquivo

**+ Incluir Arquivo** **+ Incluir** Fechar

#### 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.

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	-

- 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)”.

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	-



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

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 | 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

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](mailto:scb.progepe@ufrpe.br).