

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 ➔

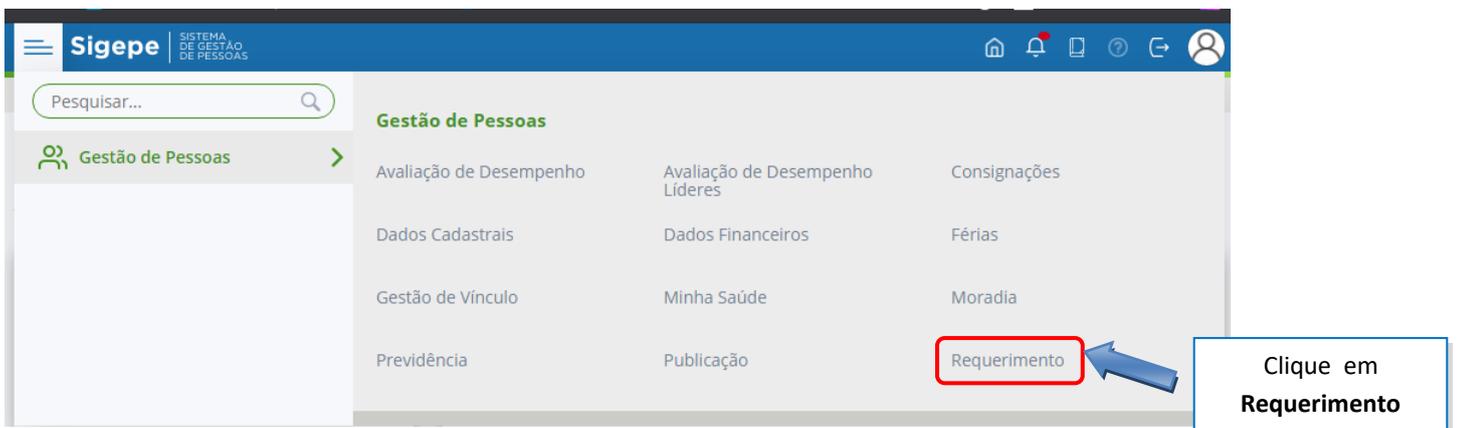
Precisa de Ajuda?

SELECIONE:

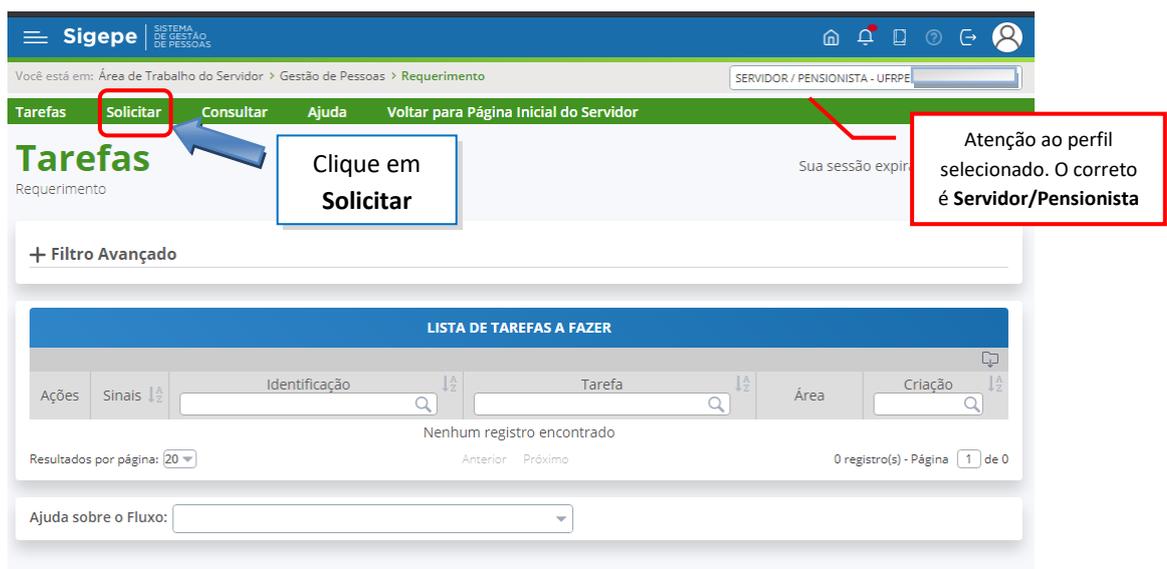
2.1. Clique nos 3 traços ☰

The screenshot shows the user interface of the SIGEPE system. At the top, there is a navigation bar with the SIGEPE logo and the text 'SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS'. Below the navigation bar, the user's name 'Olá Neilla Guedes' is displayed, along with the title 'Área de Trabalho do Chefe'. On the left side, there is a profile card for Neilla Guedes, showing her cargo as 'Assistente Em Administração' and other details. On the right side, there is a section for 'Tarefas a fazer' which currently shows 'Você não possui tarefas.'. A red box highlights the three horizontal lines (hamburger menu icon) in the top left corner of the interface, with a blue arrow pointing to it and the text 'Clique nos 3 traços'.

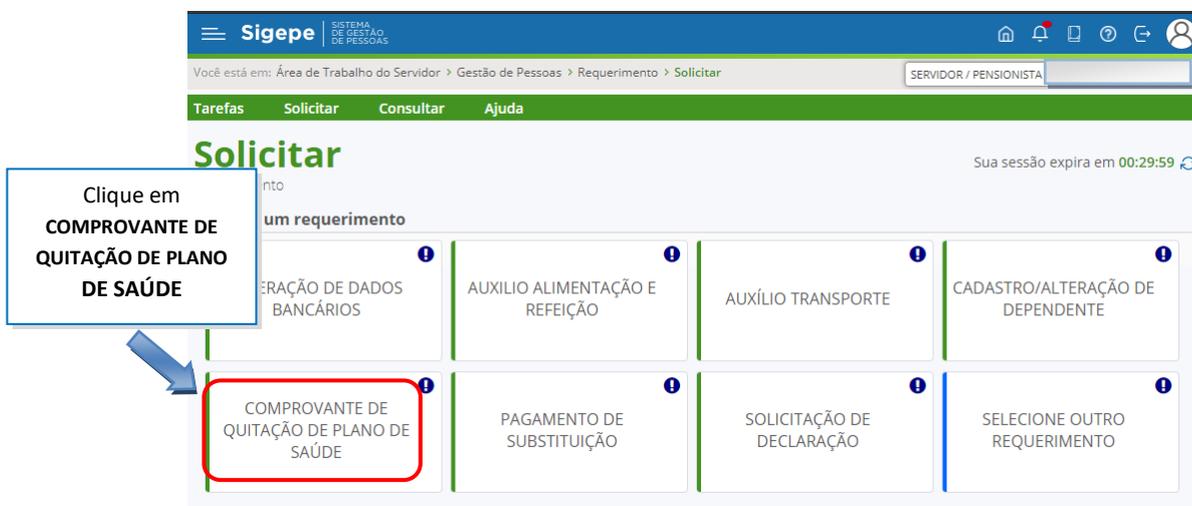
2.2. Clique em "Requerimento"



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.

Incluir/Alterar Documentos

Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde

Informações Conteúdo

Campos

Nome Civil : *

Nome Social : ⓘ

CPF do Servidor : *

Situação Funcional : *

Matrícula SIAPE : *

Cargo Efetivo :

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 : *

Data Início de Comprovação : *

Data Fim de Comprovação : * ⓘ

Gerar Documento

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

	Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
	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	-

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 Reserva

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

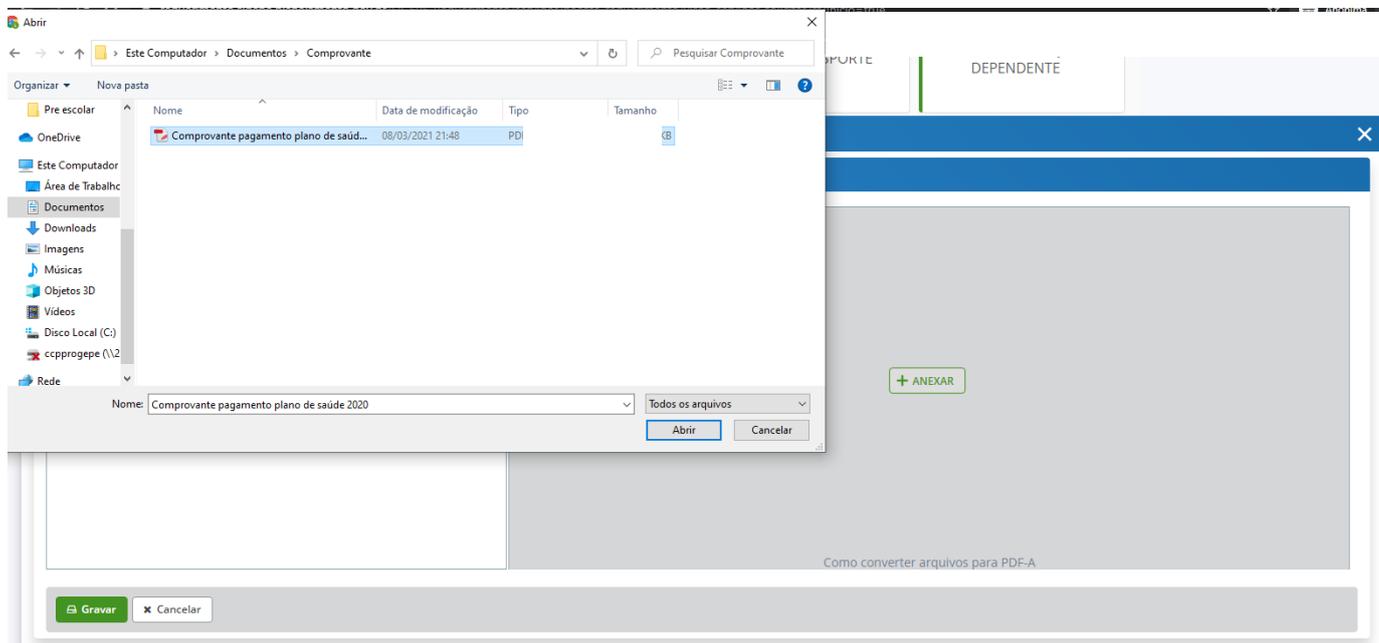
Tipo de Documento: Comprovante de Pagamento de Mensalidade ⓘ

Informações

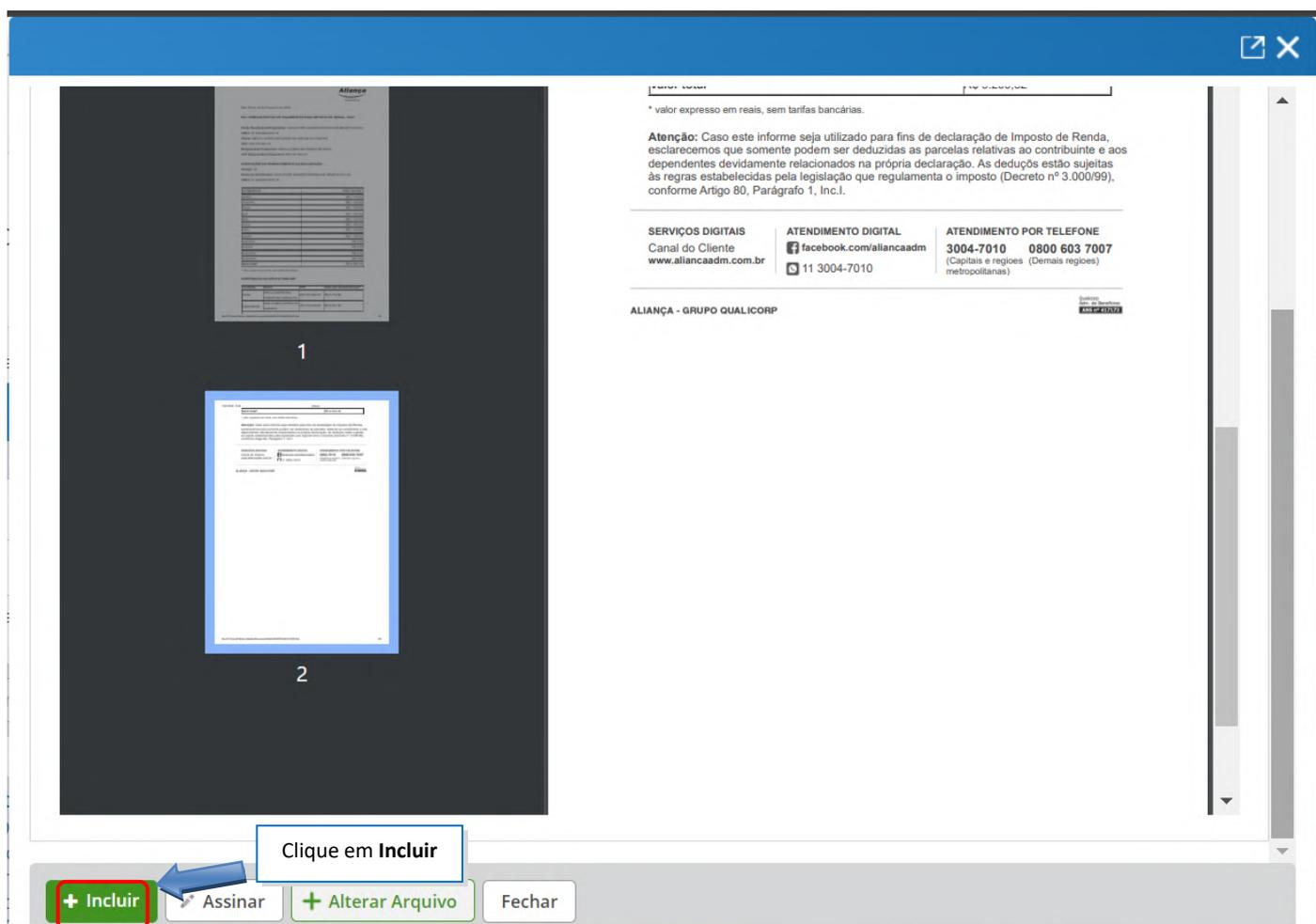
Clique em + Incluir Arquivo

+ 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	-

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

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 Sigepa - Requerimento, como o serviço de Mensageria e por meio do e-mail cadastrado no Sigepa, 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="text"/> 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 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

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 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.