



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 <u>atad.progepe@ufrpe.br</u>. O servidor deverá informar o nome completo, matrícula SIAPE e CPF.

Sigac Sistema DE GESTÃO DE ACESSO Faça login para prosseguir para o Sigepe Insira o número do CERTIFICADO DIGITAL Digite o CPF sem pontuação CPF e da Senha e OU Se você possui certificado digital, clique em uma das opções abaixo acesse através de seu código PIN. Digite a senha clique em Acessar. Ou acesse com Certificado Digital @ certificado digital Acessar 🐋 Precisa de Ajuda SELECIONE

2.1. Clique em "Requerimentos Gerais"

A ...



3. Você será direcionado para a área de Requerimentos;

E Sigepe				â † 🛙	◎ 🖙 😣
Você está em: Área de Trabalho do Servidor >	Gestão de Pessoas > Requerim	ento	SERVIDOR /	PENSIONISTA - UFRPE	
Tarefas Solicitar Consultar Tarefas Requerimento	Ajuda Voltar para Clique em Solicitar	a Página Inicial do Servidor		Sua sessão expira	Atenção ao perfil selecionado. O correto é Servidor/Pensionista
+ Filtro Avançado		A DE TABEFAE A FAZER			_
	LIST	A DE TAREFAS A FAZER			
Ações Sinais 🐙 Id	entificação Q	Tarefa	Q IA	Área Cr	riação 42
	Nenh	um registro encontrado			
Resultados por página: 20 💌		Anterior Próximo		0 registro(s) - P	lágina 1 de 0
Ajuda sobre o Fluxo:		*			

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

	Sigepe			@ ⊄ 0 ⊕ 8		
Vc	ocê está em: Área de Trabalho do Servidor	> Gestão de Pessoas > Requerimento > Soli	citar S	SERVIDOR / PENSIONISTA		
Та	arefas Solicitar Consultar	Ajuda				
S	<u>Soli</u> citar			Sua sessão expira em 00:29:59 🎅		
Clique em COMPROVANTE D	DE um requerimento					
QUITAÇÃO DE PLAN DE SAÚDE	NO PRAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS	AUXILIO ALIMENTAÇÃO E REFEIÇÃO	AUXÍLIO TRANSPORTE	CADASTRO/ALTERAÇÃO DE DEPENDENTE		
-	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE	PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO	SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO	SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO		

5. A janela para preenchimento do requerimento será aberta;

5.1. Seus dados pessoais são carregados automaticamente.

🚞 Sigepe Steraa	â ₽ ⊑ @ 단 <mark>8</mark>
Você está em: Área de Trabalho do Servidor → Gestão de Pessoas → Requ	Jerimento > Solicitar
Incluir/Alterar Documentos	×
✓ Informações do Documento Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde Nome Civil : * xXXXXXXXX XXXXXXX Nome Social : CPF do servidor : * XXXXXXXXXXXX Situação Funcional : *	Preencha as informações do documento e clique no botão gerar documento.
A Gravar X Cancelar	

5.2. Preencha as demais informações solicitadas.

😑 Sigepe	IISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS		@ ⊄ ◘ @ 단 😣	
Você está em: Área de Tr	abalho do Servidor > Gestão de Pessoas > Requerimento > Solicitar			
Incluir/Alterar Documentos				
Informações do Documento Plano de Saúde Contratado : * XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Plano de Saúde Contratado: Digite o nome do plano Data início de comprovação: Digite comprovação de quitação do p Data fim de comprovação: Digit comprovação de quitação do p	a data de início da lano de saúde te a data fim da lano de saúde	nto e clique no botão gerar documento	
🖨 Gravar 🗶 Cancelar				

5.3. Clique em "Gerar Documento"

🚞 Sigepe 🔤			@ ⊄ ◘ @ 단 😣	
Você está em: Área de Trabalho do Se	rvidor > Gestão de Pessoas > Requerimento >	Solicitar		
a da anti-a da anti-				
Incluir/Alterar Documentos				
✓ Informações do Documento SECAO DE CADASTRO E BENEFICIOS Plano de Saúde Contratado : * xxxxxxxxxxxxxxx Data Início de comprovação : *				
Data fim de comprovação : * 31/12/2020 Gerar Documento	Clique em "Gerar Documento"	Preencha as informações do d	locumento e clique no botão gerar documento.	
🖻 Gravar 🛛 🗙 Cancelar				

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

Vole esta enir. Alea de trabain	o ob Servicio - > Gestad de Pessoas > Requerimiento > Solicitar		
Incluir/Alterar Documentos			
✓ Informações do Documento ipo de Documento:	Sigepe Sistema de Gestão de Pessoas	Requerimento Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	
Comprovante de Quitação de Plano de Saude Nome Civil : *	1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR Nome civil:		
Nome Social : 🖗	Nome social: CPF:	Situação Funcional: ATIVO PERMANENTE	
	Matrícula Siape:	Cargo Efetivo:	
CPF do servidor : *	E-mail Institucional:	Unidade de Lotação:	
ituação Funcional : *	Telefone: 2. DADOS PARA COMPROVAÇÃO	Unidade de Exercício	
> Assinaturas Digitais	Plano de Saúde Contratado:	Periodo de Comprovação: 01/01/2020 a 31/12/2020	

6.1. Clique na opção "Gravar" para salvar o requerimento

		``````````````````````````````````````	
Você está em: Área de Trabalho do Servidor > Ges	tão de Pessoas > Requerimento > Solicitar		
			×
Incluir/Alterar Documentos			
✓ Informações do Documento Tipo de Documento:	Sigepe Sistema de Gestão de Pessoas	Requerimento Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	
Comprovante de Quitação de Plano de Saude	1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR		
Nome Civil : *	Nome civil:		
	Nome social:		
Nome Social : 🖓	CPF:	Situação Funcional: ATIVO PERMANENTE	
	Matrícula Siape:	Cargo Efetivo:	
CPF do servidor : *	E-mail Pessoal:	Cargo em Comissão/Função:	
	E-mail Institucional:	Unidade de Lotação:	
	Telefone:	Unidade de Exercício	
Situação Funcional : *	2. DADOS PARA COMPROVAÇÃO		
> Assinaturas Digitais	Plano de Saúde Contratado: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Período de Comprovação: 01/01/2020 a 31/12/2020	
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

		@ ♀ □ @ 단 😣	
Você está em: Área de Trabalho do Servidor ≯ G	estão de Pessoas > Requerimento > Solicitar		
			×
Incluir/Alterar Documentos			
✓ Informações do Documento	Sigono	Pequerimento	
Tipo de Documento:	Sistema de Gestão de Pessoas	Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	
Comprovante de Quitação de Plano de Saúde	1 IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR		
Nome Civil : *	Nome civil:		
	Nome social:		
Nome Social : 🖓	CPF:	Situação Funcional: ATIVO PERMANENTE	
	Matricula Siape:	Cargo Efetivo:	
CPF do servidor · *	E-mail Pessoal:	Cargo em Comissão/Função:	
	E-mail Institucional:	Unidade de Lotação:	
	Telefone:	Unidade de Exercício	
Situação Funcional : *	2. DADOS PARA COMPROVAÇÃO		
> Assinaturas Digitais	Plano de Saúde Contratado:	Período de Comprovação: 01/01/2020 a 31/12/2020	
Clique em Assina	ar		×

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

BÂNCÁRIOS	REFEI	ÇÃO	AUXILI	O TRANSPORTE	DEPENDENTE
COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE	PAGAME SUBSTIT	NTO DE UIÇÃO	9 SOL DI	<b>9</b> LICITAÇÃO DE ECLARAÇÃO	SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO
Resultados por página: 20 💌		Ante	rior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 🚺 de 1
			EQUERIMENTOS		
Requerimento		Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
Comprovante de Quitação de P     Saúde	lano de	Obrigatório	Preenchido	Inserir	
Resultados por página: 20 v Assinar Selecionado(s) Excluir Selecio	Clique	em <b>Inclu</b>	ir Anexo		1 registro(s) - Página 1 de 1
Registrar Ciência: Dou ciência de que as comunicaçõi documentos nele contido, serão real serviço de Mensageria e por meio du caput e § 3º.Declaro que as informaç 299 do Código Penal Brasileiro (falsio	es relacionadas lizados de modo e-mail cadastra ões ora prestad dade ideológica)	a este Reque o suficiente po ado no Sigepo as são verdao	rimento, como seu or meio das ferram e, em conformidad deiras, sob a pena	trâmite e decisões, assim entas disponibilizadas pel e à Lei nº 9.784, de 29 de j de responsabilidade admii	como ter vista e acesso às cópias dos o Sigepe - Requerimento, como o aneiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, nistrativa, civil e penal, conforme o art.
Enviar para Análise	ho Voltar				
Secretaria de Gestão e Desempen	ho de Pessoal - SGF	Esplanada do	os Ministérios - Bloco C	- 7º Andar - Brasília-DF - 70046	-900   Telefone: 0800 978 9009

8.1. Selecione o tipo do documento que deseja anexar.

	BÂNCÁRIOS	REFEIÇÃO	AUXILIO TRANSPORTE	DEPENDENTE
	Incluir Anexo			× 0
QL	Tipo Documento: *		*	
	[			Q
Resulta				] de 1
	Comprovante de Conta Bano	tária		
	Comprovante de Data de Pri	meiro Emprego		
	Comprovante de Pagamento	de Mensalidade		ioas
-	Comprovante de dependenc	la economica		
	Comprovante de escolaridad	ie ie nara dependenter		
	Comprovante de matrícula d	lo para dependente de instituição de ensir	20	
Resulta	Comprovante de nagamento	de contribuição previdenciária dos	últimos três meses	
Assir				
Regist				
dor				as dos
ser				26°,
299				eoart
-				
Enviar	para Análise 🖉 Gravar rascul	ho		
	Secretaria de Gestão e Desempe	nho de Pessoal - SGP   Esplanada dos Minis	térios - Bloco C - 7º Andar - Brasília-DF - 70	046-900   Telefone: 0800 978 9009

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

BANCÁRIOS	REFEIÇÃO AUXILIO TRANSPORTE DEPENDENTE	×
Incluir/Alterar Documentos		
✓ Informações do Documento Tipo de Documento: Comprovante de Pagamento de Mensalidade	Clique em Anexar	
	Como converter arquivos para PDF-A	
🖨 Gravar 🗴 Cancelar	rascunho   Voltar	
Secretaria de Gestão e Des	emperho de Pessoal - SGP   Fecilanada dos Ministérios - Bloco C - 7º Andar - Brasilia-DE - 7026-900   Telefone: 0800 978 9009	

#### **11.3.** Selecione o arquivo salvo no computador.



#### 11.4. Confira o documento e clique em "Gravar"

Incluir/Alterar Documentos			
✓ Informações do Documento Tipo de Documento: Comprovante de Pagamento de Mensalidade	≡ visualizarArquivo.pdf	1 / 12   - 80% +   🖸 🚸	± = :
		Comprovante será exibido	
Assinaturas Digitais Clique em Gravar			÷

RUA DOM MANOEL DE MEDEIROS, S/N – DOIS IRMÃOS – CEP: 52171-900 –RECIFE/PE E-MAIL: scb.progepe@ufrpe.br – TEL: (81) 3320-6144

12. Na próxima tela serão exibidos o(s) requerimento(s) e o(s) seu(s) respectivo(s) anexo(s).

QU	COMPROVANTE DE ITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE	PAGAN SUBS	MENTO DE TITUIÇÃO	9 SOI	LICITAÇÃO DE ECLARAÇÃO	SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO
Resulta	dos por página: 20 💌		Ante	rior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 1 de 1
	Requerimento		Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
•	Comprovante de Quitação de Pla Saúde	ano de	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
	Comprovante de Pagamento Mensalidade - 0004687513-CPM	de IEN/2021	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
Resultad	dos por página: 20 💌 ar Selecionado(s) 🛛 Excluir Seleciona	ado(s)	Ante	rior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 1 de
Registr Do doc sen cap 299	rar Ciència: ou ciència de que as comunicações umentos nele contido, serão realiz viço de Mensageria e por meio do o ut e § 3º. Declaro que as informaçõ do Código Penal Brasileiro (falsida r para Análise 😢 Gravar rascunho	s relacionad rados de mo e-mail cada: es ora presi ade ideológi Voltar	as a este Reque odo suficiente po strado no Sigepo tadas são verda ca).	rimento, como seu or meio das ferram e, em conformidad deiras, sob a pena	trâmite e decisões, assim ientas disponibilizadas pel e à Lei nº 9.784, de 29 de j de responsabilidade admi	como ter vista e acesso às cópias do o Sigepe - Requerimento, como o aneiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, nistrativa, civil e penal, conforme o a

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)".

QUI	COMPROVANTE DE TAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE	PAGAI SUBS	MENTO DE TITUIÇÃO	9 SOL DI	LICITAÇÃO DE ECLARAÇÃO	SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO
Resultad	los por página: 20 💌		Ante	erior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 1 de 1
			RI	EQUERIMENTOS		
	Requerimento		Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
×	Comprovante de Quitação de Saúde	Plano de	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
	Comprovante de Pagament Mensalidade - 0004687513-CP	to de MEN/2021	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
	Incluir Anexo					
Resultad	os por página: 20 💌		Ante	erior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 🚺 de
Assina Registra Do docu serv capi	ar Selecionado(s) Excluir Selecio ar Ciência: u ciência de que as comunicaçõ umentos nele contido, serão rea iço de Mensageria e por meio d te § 3º.Declaro que as informa	nado(s) es relacionad lizados de mo o e-mail cada cões ora pres	las a este Reque odo suficiente p strado no Sigep radas são verda	rimento, como seu or meio das ferram e, em conformidad deiras, sob a pena	trâmite e decisões, assim entas disponibilizadas pel e à Lei nº 9.784, de 29 de j. de responsabilidade admi	como ter vista e acesso às cópias do o Sigepe - Requerimento, como o aneiro de 1999, Art. 3º, III e Art. 26º, nistrativa. civil e penal. conforme o a
299	do Código Penal Brasileiro (falsi	dade ideológi	ica).	dell'03, 300 d perid		instrativa, civir e penal, comornie o e
Enviar	para Análise 🖉 Gravar rascun	ho 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**".



13. Marque a opção "Registrar Ciência".

Resultados por j	página: 20 💌 Requerimento		Ante	erior <u>1</u> Próximo							
← Com Saúd Co Mens Incl Reruitados por co	Requerimento			1 registro(s) - Página 🚺 de 1							
Com Saúd Mens Incl Rerultados por co	Requerimento	REQUERIMENTOS									
← Com     Saúd     Co     Mens     Incl	provante de Ouitação de		Assinado	Preenchimento	to Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas					
Co Men:	de	Plano de	Assinado	Preenchido	Inserir						
Incl	omprovante de Pagamen salidade - 0004687513-CP	to de 'MEN/2021	Assinado	Preenchido	Inserir						
Besultados por r	luir Anexo										
Pogistrar	página: 20 💌		Ante	erior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 🚺 de 1					
Ciência Assinar Select	ionado(s) Excluir Selecio	onado(s)									
Registrar Ciên Dou ciênc documente serviço de caput e § 3 299 do Cóc	Registrar Ciència: 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 nole 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 ar 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.