UFOB UNVERSIDADE FEDERAL Manual - Auxílio à Saúde Suplementar

Este manual apresenta o passo-a-passo para o servidor realizar a solicitação, alteração e/ou exclusão do ressarcimento (Assistência à Saúde Suplementar).

O Requerimento de "Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)" deve ser utilizado para solicitar a inclusão, alteração ou cessão deste benefício.

A solicitação de pagamento deve ser realizada pelo SIGEPE, acesse via Portal do Servidor (https://servidor.sigepe.planejamento.gov.br).

Você será direcionado à página de *login*, digite o CPF e sua senha SIGEPE.



Faça login para prosseguir para o Sigepe

Digite o CPF sem pontuação		CERTIFICADO DIGITAL
Digite a senha	OU	Se você possui certificado digital, clique em uma das opções abaixo e acesse através de seu código PIN.
Acessar •)		Certificado Bigital @
		Precisa de Ajuda?

Servidores que possuem Certificado Digital podem realizar o login utilizando o token.



Manual - Auxílio à Saúde Suplementar

Na área de trabalho do sistema clique no menu (três tracinhos) ao lado da palavra SIGEPE no canto superior esquerdo, após clique em "Requerimento".

Pešquisar	Gestão de Pessoas		
Gestão de Pessoas	Avaliação de Desempenho	Avaliação de Desempenho Líderes	Consignações
	Dados Cadastrais	Dados Financeiros	Férias
	Gestão de Vinculo	Minha Saŭde	Moradia
	Previdência	Publicação	Requerimento
Chefe		Você não possui taref	as,
Unidade de Exercício			
O Ver dados			

Você será redirecionado para:

ÁREA DE TRABALHO DO SERVIDOR/PENSIONISTA > GESTÃO DE PESSOAS > REQUERIMENTO

Na tela seguinte clique em "Solicitar".



PRÓ-REITORIA DE GESTÃO

DE PESSOAS

Nesse momento clique em "Selecione outro Requerimento".



Em "Tipo de Documento" escolha "Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)"

 Informações do Documento 	
Tipo de Documento: 🖓	•
• • • • • • • • • • • • • • • • • • •	'
Nome Civil : *	
Name Social · 🖓	
CPF do servidor : *	
Matrícula SIAPE : *	_

Informe o tipo de solicitação (inclusão assistência / exclusão assistência /outra..) e os dados referente ao plano de saúde.

Os dados do servidor serão preenchidos automaticamente pelo SIGEPE.





Depois de preencher os dados do Requerimento é necessário clicar em "Gerar Documento".

✓ Informações do Documento Nome da mãe do dependente : * Benefício Requerido (1): Selecione * Gerar Documento ✓ O documento poderá ser visualizado neste espaço	ncluir/Alterar Documentos	
	Informações do Documento Iome da mãe do dependente : * renefício Requerido (1): Selecione * Gerar Documento	Preencha as informações do documento e clique no botão gerar documento.

Depois de conferir as informações no documento gerado clique em "Gravar".

∨ Informações do Documento	
	^
Nome da mãe do dependente : *	
Benefício Requerido (1):	
Selecione	
*	
Gerar Documento	
	Ť
Gravar & Assinar X Cancelar	

PRO-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

FOB Manual - Auxílio à Saúde Suplementar



Você será redirecionado para:

ÁREA DE TRABALHO DO SERVIDOR/PENSIONISTA > GESTÃO DE PESSOAS > REQUERIMENTO>SOLICITAR

Com o documento gravado o servidor deve incluir os documentos comprobatórios em "Incluir Anexos". Selecionando o "Tipo de Docomento a ser anexado. Os documentos devem ser scaneados em resolução 300dpi e salvos em formato PDF/A.

		RE	EQUERIMENTOS		
	Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoa
	Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
	Incluir Anexo				
ultad	los por página: 20 💌	Ant	erior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 🚺 d
ssin	ar Selecionado(s) Excluir Selecionado(s)				
1					~
I	ncluir Anexo				×
l Tip	n <mark>cluir Anexo</mark> Documento: *				×
l Tipe Co	n cluir Anexo Documento: * mprovante de Conta Bancária		~		×
Tipe Co	ncluir Anexo o Documento: * mprovante de Conta Bancária mprovante			Q	×
Tipe Co Cc	ncluir Anexo o Documento: * mprovante de Conta Bancária omprovante omprovante de Conta Bancária			Q 	×
	ncluir Anexo Documento: * mprovante de Conta Bancária mprovante omprovante de Conta Bancária omprovante de Data de Primeiro Emprego				×
	ncluir Anexo Documento: * mprovante de Conta Bancária omprovante pomprovante de Conta Bancária pomprovante de Data de Primeiro Emprego pomprovante de Pagamento de Mensalidado	2		Q ^	×
	ncluir Anexo Documento: * mprovante de Conta Bancária omprovante omprovante de Conta Bancária omprovante de Data de Primeiro Emprego omprovante de Pagamento de Mensalidado omprovante de dependência econômica	2			×
	Documento: * mprovante de Conta Bancária mprovante omprovante omprovante de Conta Bancária omprovante de Data de Primeiro Emprego omprovante de Pagamento de Mensalidado omprovante de dependência econômica omprovante de escolaridade	2			X
	o Documento: * mprovante de Conta Bancária omprovante omprovante de Conta Bancária omprovante de Data de Primeiro Emprego omprovante de Pagamento de Mensalidado omprovante de Pagamento de Mensalidado omprovante de escolaridade omprovante de escolaridade	e entes			X
	Documento: * mprovante de Conta Bancária omprovante omprovante omprovante de Data de Primeiro Emprego omprovante de Data de Primeiro Emprego omprovante de Pagamento de Mensalidade omprovante de dependência econômica omprovante de escolaridade omprovante de identificação para depende omprovante de matrícula de dependente d	e entes e instituíção de	e ensino		X



JFOB Manual - Auxílio à Saúde Suplementar



Selecione o arquivo a ser anexado clicando em "+ Anexar" e escolha o "Tipo de Conferencia", posteriormente clique em "Gravar".

)
)
) •
, ,
•
_
~

Assine o requerimento e o(s) anexo(s), selecionando os itens a serem assinados, e posteriormente clicando em "Assinar Selecionados".

		RE	QUERIMENTOS		
	Requerimento	Assinado	Preenchimento	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
	Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)	Obrigatório	Preenchido	Inserir	-
	Comprovante de Pagamento de Mensalidade - 0004552386-CPMEN/2021	Assinado	Preenchido	Inserir	-
	Incluir Anexo				
Resultad	rgina: 20 💌	Ante	erior <u>1</u> Próximo		1 registro(s) - Página 1 de 1
Assina	ar Selecionado(s) Excluir Selecionado(s)				

Digite seu CPF e senha para assinar o(s) documento(s).

Assinar Documento(s) X SIGAC Insira o CPF Senha Assinar Assinar

Servidores que possuem Certificado Digital podem realizar o login utilizando o token.

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO

DE PESSOAS



Registre Ciência, selecionando o campo adqueado. Clique em "Envie para Análise" para encaminhar o requerimento para unidade de Gestão de Pessoas analisar.

-	Dou ciência de que as comunicações relacionadas a este Requerimento, como seu trâmite e decisões, assim como ter vista e acesso às cópias dos locumentos 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

Orientações

- Deve-se anexar:

1. Cópia do Contrato ou Declaração emitida pela Operadora, comprovando a titularidade do servidor (e no caso de dependente que figure como titular do plano, por imposição da operadora, apresentar a comprovação de responsabilidade financeira do servidor).

2. Cópia do boleto e do recibo de pagamento, do mês da solicitação.

3. Documentação pessoal do (s) dependente (s): CPF; RG/Certidão de nascimento; Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável. No caso de dependentes entre 21 e 24 anos, se for estudante, apresentar comprovação de dependência econômica e comprovante de matrícula de curso regular reconhecido pelo MEC.

4. Os servidores requisitados de Órgãos não SIAPE, apresentar o respectivo contracheque.

