

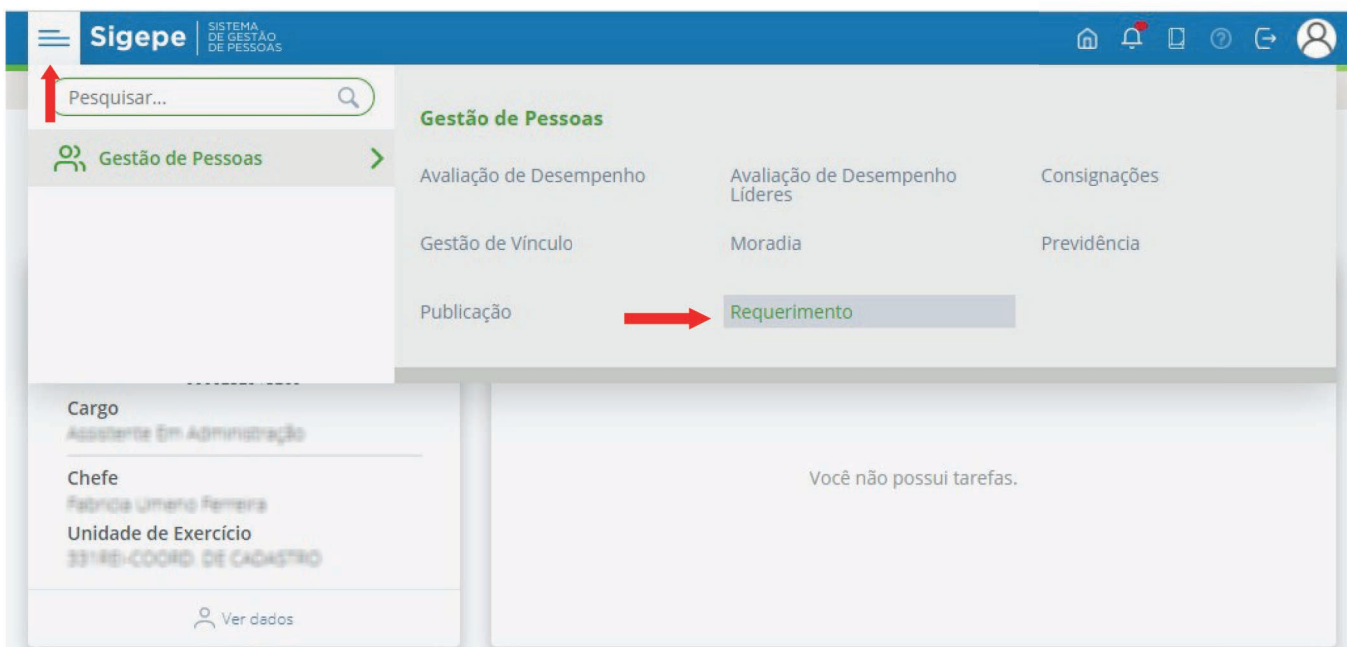
1) Acesse o SIGAC pelo endereço eletrônico: <https://sso.gestaodeacesso.sigepe.gov.br/casso/login>; e digite CPF, Senha e clique em “Acessar”.



2) Clique no ícone SIGEPE.



3) Clique nos tracinhos do canto superior esquerdo da tela e depois em Requerimento.



4) Clique em Solicitar e depois em COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE.

The screenshot shows the Sigepa web application interface. At the top, there is a blue header with the Sigepa logo and the text 'SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS'. Below the header, a breadcrumb trail indicates the current location: 'Você está em: Área de Trabalho do Servidor > Gestão de Pessoas > Requerimento > Solicitar'. A green navigation bar contains the menu items 'Tarefas', 'Solicitar', 'Consultar', and 'Ajuda'. The main content area is titled 'Solicitar' and includes a sub-header 'Requerimento'. A session expiration timer shows 'Sua sessão expira em 00:29:47'. Below this, a section titled 'Solicitar um requerimento' displays a grid of eight request options, each with an information icon (i) in the top right corner. The first option, 'COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE', is highlighted with a red arrow and a red curved arrow pointing to it. The other options are: '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', and 'SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO'.

5) Em Informações, confira todos os dados, preencha os campos no fim da página e clique em Gerar documento.

The screenshot shows the 'Incluir/Alterar Documentos' form in the Sigepa application. The form is titled 'Incluir/Alterar Documentos' and has a sub-header 'Tipo de Documento: Comprovante de Quitação de Plano de Saúde'. The 'Informações' tab is selected. The form contains three input fields, each with a red arrow pointing to it: 'Plano de Saúde Contratado : *', 'Data Início de Comprovação : * i', and 'Data Fim de Comprovação : * i'. At the bottom of the form, there are three buttons: 'Gerar Documento', '+ Incluir', and 'Fechar'. A red arrow points to the 'Gerar Documento' button.

6) Clique em Incluir Anexo, no tipo de documento selecione “Declaração”, clique em +Incluir Arquivo. Incluído o arquivo, clique em Assinar. Digite CPF, Senha e clique em Assinar.

✓ **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				

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

Incluir/Alterar Documentos

Tipo de Documento: Declaração

Informações

+ Incluir Arquivo

+ Incluir

Fechar

Incluir/Alterar Documentos

Tipo de Documento: Declaração ⁱ

Informações

Conteúdo

visualizarArquivo.pdf 1 / 1 | - 94% + |

1/1

IPASGO SAÚDE
CNPJ: 08.568.25/0001-40

Consulta de Mensalidades

Matrícula: 0016056825-2023-05122023-1746-30KB
Período: 01/01/2023 a 30/06/2023
Cliente: IPASGO SAÚDE
Emissão: 05/12/2023

Matrícula	Cliente	Contribuição	Referência	Data Pagto	Valor
1889095-02	IPASGO SAÚDE	CONTRIBUIÇÃO TITULAR ESPECIAL	01/01/2023	02/02/2023	R\$ 276,86
1889095-02	IPASGO SAÚDE	CONTRIBUIÇÃO TITULAR ESPECIAL	01/02/2023	03/03/2023	R\$ 276,86
1889095-02	IPASGO SAÚDE	CONTRIBUIÇÃO TITULAR ESPECIAL	01/03/2023	04/04/2023	R\$ 327,64
1889095-02	IPASGO SAÚDE	CONTRIBUIÇÃO TITULAR ESPECIAL	01/04/2023	03/05/2023	R\$ 327,64
1889095-02	IPASGO SAÚDE	CONTRIBUIÇÃO TITULAR ESPECIAL	01/05/2023	02/06/2023	R\$ 421,88
1889095-02	IPASGO SAÚDE	CONTRIBUIÇÃO TITULAR ESPECIAL	01/06/2023	04/07/2023	R\$ 421,88

Total: R\$ 2.052,76
Total a Pagar: R\$ 0,00
Total Pago: R\$ 2.052,76

+ Incluir

Assinar

+ Alterar Arquivo

Fechar

Incluir/Alterar Documentos

Declaração - 0016056825-DECLA/2023 - 05/12/2023 17:46 - Com OCR - 30 KB ⁱ

Tipo de Documento: Declaração ⁱ

Informações

Conteúdo

Assinar Documento(s)

SIGAC

Insira o CPF

Senha

Assinar

CERTIFICADO DIGITAL

Se você possui certificado digital, clique no botão abaixo e acesse através de seu código PIN.



Editar

Assinar

Fechar

Baixar Arquivo

7) Incluído o anexo, assinalo o termo em “Registrar Ciência” e depois “Enviar para Análise”. A análise será feita pelo RH do câmpus de lotação do servidor ou pela Coordenação de Cadastro (servidores lotados na Reitoria).

Tarefas Solicitar Consultar Ajuda

Solicitar

Requerimento

Sua sessão expira em 00:29:26

Mensagem de Sucesso!
Anexo incluído com sucesso. Código do documento: 0016056825-DECLA/2023

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	-
<input type="checkbox"/>	Declaração - 0016056825-DECLA/2023	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](#)

