

## PASSO A PASSO PARA SOLICITAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

1. Acesse o **Sigepe** pelo endereço:  
<https://sso.gestaodeacesso.planejamento.gov.br/>

sso.gestaodeacesso.planejamento.gov.br/casso/login?service=https%3A%2F%2Frequerimento.sigepe.planejamento.gov.br%2FSIGEPE-Requerimento%2F



Faça login para prosseguir para o Sigepe

Digite o CPF sem pontuação

Digite a senha

Acessar ➔

OU

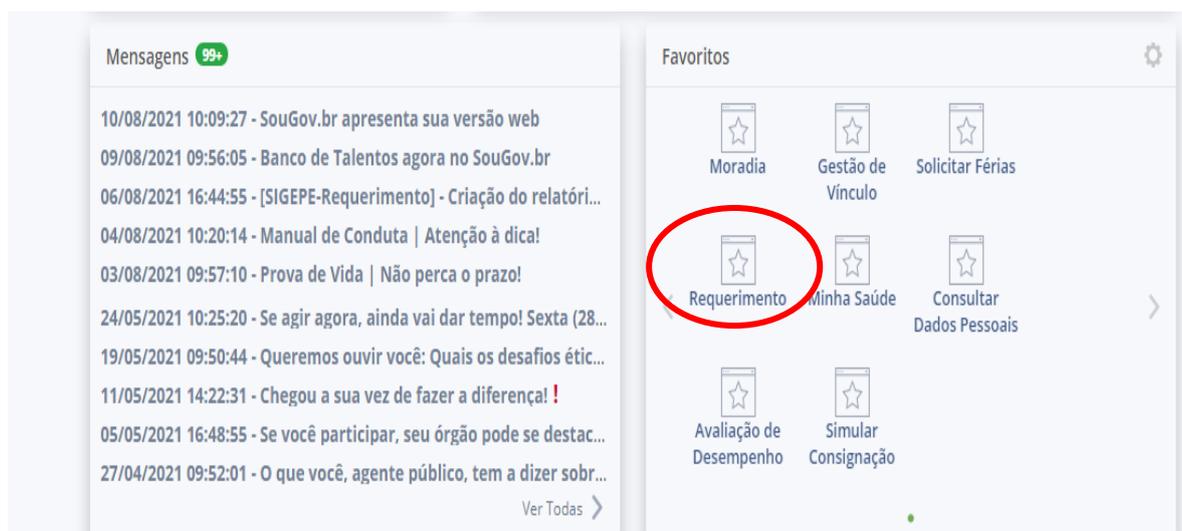
### CERTIFICADO DIGITAL

Se você possui certificado digital, clique em uma das opções abaixo e acesse através de seu código PIN.



[Precisa de Ajuda?](#)

2. Após realizar login com usuário e senha, escolha a opção “Requerimento”, localizada no menu geral (no canto superior esquerdo) ou na seção de favoritos.



3. Na janela que será aberta, escolha a opção “Solicitar”.

The screenshot shows the Sigepre system interface. At the top, there is a navigation bar with the Sigepre logo and the text 'SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS'. Below this, a breadcrumb trail reads 'VOCÊ ESTÁ AQUI: ÁREA DE TRABALHO DO SERVIDOR / PENSIONISTA > GESTÃO DE PESSOAS > REQUERIMENTO'. A user profile dropdown menu is visible on the right, showing 'SERVIDOR / PENSIONISTA - UFPA - 262393001594'. The main content area is titled 'REQUERIMENTO' and includes a sub-menu with options: 'Tarefas', 'Solicitar', 'Consultar', 'Ajuda', and 'Voltar para Página Inicial do Servidor'. A red arrow points to the 'Solicitar' option. Below the menu, the 'TAREFAS' section is active, showing a 'Filtro Avançado' and a table titled 'LISTA DE TAREFAS A FAZER'. The table has columns for 'Ações', 'Sinais', 'Identificação', 'Tarefa', 'Área', and 'Criação'. Below the table, it states 'Nenhum registro encontrado' and 'Resultados por página: 20'. Navigation links for 'Anterior' and 'Próximo' are present, along with '0 registro(s) - Página 1 de 0'.

4. Na lista que será exibida, escolha a opção “Outro Requerimento”.

The screenshot shows the 'Solicitar' page in the Sigepre system. The page title is 'Solicitar' with the subtitle 'Requerimento'. A session expiration timer shows 'Sua sessão expira em 00:29:22'. The main heading is 'Solicitar um requerimento'. Below this, there is a grid of eight request options, each with an information icon (i):

- ALTERAÇÃO 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

A red arrow points to the 'SELECIONE OUTRO REQUERIMENTO' option.

5. A seguir, escolha a opção “Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)”

**Incluir/Alterar Documentos**

**Informações do Documento**

Tipo de Documento:

Ajuda de Custo

Alteração de Dados Bancários

**Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)**

Atualização Cadastral - Acumulação de cargos, empregos, funções e proventos

Ausência por Falecimento de Familiar

Ausência por Motivo de Casamento

6. Na tela seguinte, escolha o tipo de solicitação de ressarcimento a ser requerido.

**Incluir/Alterar Documentos**

**Informações do Documento**

Tipo de Documento: ⓘ

Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)

Tipo de solicitação de ressarcimento requerido : \*

Selezione

Selezione

Alteração da assistência

Alteração de dependentes

Exclusão da Assistência

Exclusão de dependentes

Inclusão de assistência

Inclusão de dependentes

7. Preencha todas as informações necessárias e clique em “Gerar Documento”.

**Incluir/Alterar Documentos**

**Informações do Documento**

Sexo do Dependente ( 1 ):  
Selecione

+

Valor da Mensalidade do Dependente( 1 ):  
[ ]

+

**Gerar Documento**

8. Após a exibição das informações cadastradas, clique em “gravar”.

**Incluir/Alterar Documentos**

**Informações do Documento**

Tipo de Documento: ?  
Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)

Tipo de solicitação de ressarcimento requerido : \*  
Inclusão de assistência

Nome Civil : \*  
[ ]

Nome Social : ?  
[ ]

CPF do servidor : \*  
[ ]

**Assinaturas Digitais**

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que estou ciente e de acordo com o disposto no Programa de Assistência à Saúde, me comprometendo a:

I – comunicar à área de recursos humanos da unidade a que sou vinculado, quanto a qualquer evento que implique a perda do meu direito e ou de meus dependentes inscritos, dentro do prazo de vinte dias a contar da data do evento;

II – apresentar o comprovante de quitação anualmente na forma da legislação (Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1 de 09 de março de 2017), até o último dia útil do mês de abril.

Declaro que eu e meus dependentes não somos beneficiários de outro plano de saúde, ainda que parcialmente custeados com recursos públicos.

Estou ciente que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, bem como às previstas na Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, se descumpridas as determinações legais pertinentes ao caso.

**Devem ser anexados a este requerimento:**

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.

**GRAVAR** **ASSINAR** **CANCELAR**

9. Para finalizar, anexe os documentos comprobatórios, clique em “Assinar em Lote”, assinale “Registrar Ciência” e, por fim, aperte o botão “Enviar para Análise”.

Requerimento

Incluir Requerimento

Resultados por página: 20 Anterior 1 Próximo 1 registro(s) - Página 1 de 1

REQUERIMENTOS				
	Requerimento	Assinado	Mensagem do Servidor	Mensagem do Gestor de Pessoas
<input type="checkbox"/>	Assistência à Saúde Suplementar (Solicitação)	Obrigatório	Inserir	-
	Incluir Anexo			

Resultados por página: 20 Anterior 1 Próximo 1 registro(s) - Página 1 de 1

**Assinar em Lote** Excluir em Lote

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 CANCELAR

### Importante:

Sempre acompanhe o processo, visto que por alguma pendência documental o mesmo pode ser devolvido para correção.