



Sistema de Recadastrro de Plano de Saúde Universidade Federal de Ouro Preto

UFOP Recadastrro Plano de Saúde

Todos os beneficiários deverão fazer a comprovação anual dos valores pagos aos planos de saúde!

A comprovação do pagamento será realizada de forma digital, pelo portal Minhaufop, anualmente.

O que é necessário:

Somente:

- Declaração de valores pagos ao plano de saúde referentes ao ano de comprovação seu e de seus dependentes.
- O mesmo documento enviado ao imposto de renda, deverá ser utilizado para a comprovação anual.

Como fazer? 1º Login na Minha UFOP



Login

CPF *

SENHA *

[Meu Primeiro Acesso](#)

[Esqueci Minha Senha](#)

[Sou Visitante](#)

Entrar

The image shows a login form with a grey header containing the word 'Login'. Below the header are two input fields: 'CPF *' and 'SENHA *'. Two red arrows point to these fields from the left. Below the input fields are three blue links: 'Meu Primeiro Acesso', 'Esqueci Minha Senha', and 'Sou Visitante'. At the bottom of the form is a dark red button with the white text 'Entrar'. A red arrow points to this button from the left.

Como fazer? 2º Acessar o menu Recursos Humanos



Como fazer?

3º Acessar a aplicação SISTEMA DE RESSARCIMENTO PLANO DE SAÚDE

RECURSOS HUMANOS

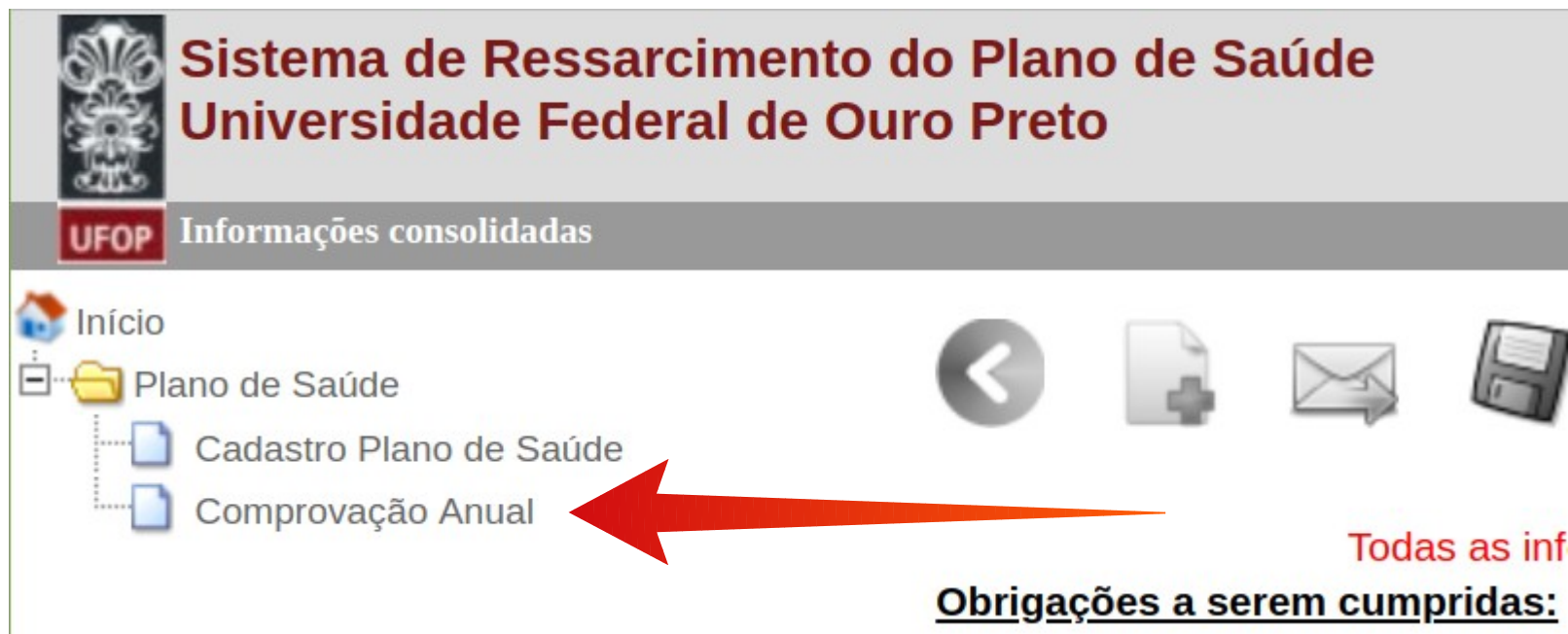


- SERVIDOR - INFORMAÇÕES PESSOAIS E FUNCIONAIS
- SISTEMA DE RESSARCIMENTO DO PLANO DE SAÚDE



Como fazer?

4º Acessar o menu Comprovação Anual



The screenshot displays the interface of the 'Sistema de Ressarcimento do Plano de Saúde Universidade Federal de Ouro Preto'. The header includes the UFOP logo and the text 'Sistema de Ressarcimento do Plano de Saúde Universidade Federal de Ouro Preto'. Below the header, there is a navigation menu with the following items: 'Início', 'Plano de Saúde', 'Cadastro Plano de Saúde', and 'Comprovação Anual'. A red arrow points to the 'Comprovação Anual' item. To the right of the menu, there are four icons: a left-pointing arrow, a document with a plus sign, an envelope, and a floppy disk. Below the icons, the text 'Todas as inf' is visible, followed by the underlined text 'Obrigações a serem cumpridas:'.

**Sistema de Ressarcimento do Plano de Saúde
Universidade Federal de Ouro Preto**

UFOP Informações consolidadas

Início

Plano de Saúde

- Cadastro Plano de Saúde
- Comprovação Anual**

Todas as inf

Obrigações a serem cumpridas:

Como fazer?

5º Suas informações estarão preenchidas



SERVIDOR

Comprovação Anual do Plano de Saúde - Alteração

*Indica preenchimento obrigatório

Comprovação Anual **PENDENTE**

Status* **Enviado para - Etapa de comprovação anual (SERVIDOR)**

Cadastro retroativo (Adequação do cadastro. O mudará o ano da solicitação para 2018 e data da solicitação para 01/01/2018.)
(Somente permitido para novos Cadastros.)

Ano* 2018

Data início da solicitação* 01/01/2018

Siape* 2.01 Siape

Nome* ANDRE FONSECA AMANCIO Nome

Operadora(ANS)* UNIMED INCONFIDENTES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA. (30439) ▼

(Nome ou ANS)

ETAPA 1 - COMROVAÇÃO ANUAL

Como fazer?

6º Procure ETAPA 1 – COMPROVAÇÃO ANUAL

ETAPA 1 - COMPROVAÇÃO ANUAL

Ano comprovação	<input type="text" value="2019"/>	
Ano solicitação	<input type="text" value="2018"/>	
Data comprovação	<input type="text"/>	(Data preenchida pelo sistema assim que a comprovação for enviada.)
Valor total pago titular (R\$)*	<input type="text" value="0,00"/>	(Somatório do valor total pago pelo titular do plano de saúde, incluindo co-participações.)
Valor total pago pelo(s) dependente(s) (R\$)*	<input type="text" value="0,00"/>	(Somatório do Valor total pago para todos os dependentes do plano de saúde, incluindo co-participações.)
Total Pago	R\$ 0,00	
Total Ressarcido	R\$ 1.269,48 (Valor que o servidor recebeu, pelo ressarcimento do plano de saúde.)	
Erário	-R\$ 1.269,48 (Diferença entre o valor de ressarcimento e o valor pago pelo servidor.)	

Observação Servidor

(Declaração de valores pagos ao plano de saúde referentes ao ano de comprovação.)

Descrição

Ações

+ Adicionar Anexo

Arraste seu(s) anexo(s) e pdf. Arquivar

Como fazer? 7º Preencha das informações solicitadas e anexe a (Declaração de valores pagos ao plano de saúde referentes ao ano de comprovação.)

ETAPA 1 - COMPROVAÇÃO ANUAL

Erro: Preencha o campo Valor total pago pelo dependente.

Ano comprovação

Ano solicitação

Data comprovação (Data preenchida pelo sistema assim que a comprovação for enviada.)

Valor total pago titular (R\$)* (Somatório do valor total pago pelo titular do plano de saúde, incluindo co-participações.)

Valor total pago pelo(s) dependente(s) (R\$)* (Valor total pago para todos os dependentes do plano de saúde, incluindo co-participações.)



Total Pago R\$ 3.100,00

Total Ressarcido R\$ 0,00 (Valor que o servidor recebeu, pelo ressarcimento do plano de saúde.)

Erário R\$ 3.100,00 (Diferença entre o valor de ressarcimento e o valor pago pelo servidor.)

Observação Servidor

(Declaração de valores pagos ao plano de saúde referentes ao ano de comprovação.)

Descrição	Ações
2018_2019_2019-09-03_09-41-34_Captura de tela de 2019-03-12 11-17-31.png	 

[+ Adicionar Anexo](#)

Arraste seu(s) anexo(s) aqui para fazer upload. Arquivar

ETAPA 2 - TRAMITAÇÃO

ENVIAR PARA HOMOLOGAÇÃO DA COMPROVAÇÃO ANUAL

Como fazer? 8º Sua comprovação somente será enviada se Clicar no botão de ENVIAR

ETAPA 1 - COMPROVAÇÃO ANUAL

Erro: Preencha o campo Valor total pago pelo dependente.

Ano comprovação

Ano solicitação

Data comprovação (Data preenchida pelo sistema assim que a comprovação for enviada.)

Valor total pago titular (R\$)* (Somatório do valor total pago pelo titular do plano de saúde, incluindo co-participações.)

Valor total pago pelo(s) dependente(s) (R\$)* (Somatório do Valor total pago para todos os dependentes do plano de saúde, incluindo co-participações.)

Total Pago **R\$ 3.100,00**

Total Ressarcido **R\$ 1.269,48** (Valor que o servidor recebeu, pelo ressarcimento do plano de saúde.)

Erário **R\$ 1.730,52** (Diferença entre o valor de ressarcimento e o valor pago pelo servidor.)

Observação Servidor

(Declaração de valores pagos ao plano de saúde referentes ao ano de comprovação.)

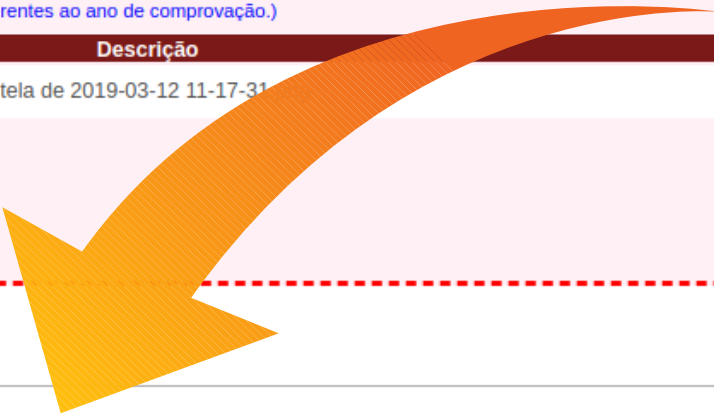
Descrição	Ações
2018_2019_2019-09-03_09-41-34_Captura de tela de 2019-03-12 11-17-31	 

+ Adicionar Anexo

Arraste seu(s) anexo(s) e pdf. Arquiv

ETAPA 2 - TRAMITAÇÃO

ENVIAR PARA HOMOLOGAÇÃO DA COMPROVAÇÃO ANUAL



Após enviar, aparecerá a mensagem de sucesso e a mensagem: Não há registros para exibição.

The screenshot shows a web application interface. At the top, there is a header with the university logo and the text "Sistema de Ressarcimento do Plano de Saúde Universidade Federal de Ouro Preto". Below this is a sub-header "UFOP Comprovação Anual". On the left, there is a navigation menu with "Início", "Plano de Saúde", "Cadastro Plano de Saúde", and "Comprovação Anual" (highlighted). The main content area contains a toolbar with icons for back, add, email, save, close, search, and search with delete. Below the toolbar, the text "Não há registros para exibição." is displayed. At the bottom, there is a table header with columns "Ano", "Siape", "Nome", and "Data Solicitação". To the right of the table header, there is a navigation link "<< Primeiro < Anterior ||".

Sistema de Ressarcimento do Plano de Saúde
Universidade Federal de Ouro Preto

UFOP Comprovação Anual

Início
Plano de Saúde
Cadastro Plano de Saúde
Comprovação Anual

⏪ 📄✚ ✉️ 💾 ✖️ 🔍 ✖️🔍

Não há registros para exibição.

Ano	Siape	Nome	Data Solicitação
-----	-------	------	------------------

<< Primeiro < Anterior ||

Uma vez enviado - A APB realizará
a conferência de cada
documentação enviado.

Entrar na comprovação

- Entre na comprovação com pendência e faça as instruções enviadas pela APB.

SERVIDOR

Comprovação Anual do Plano de Saúde - Alteração

*Indica preenchimento obrigatório

Comprovação Anual **PENDENTE**

Status* Enviado para - Etapa de correção de pendências de comprovação (SERVIDOR)



Faça as correções



ETAPA 1 - COMPROVAÇÃO ANUAL

Erro: Preencha o campo Valor total pago pelo dependente.

Ano comprovação	2019	
Ano solicitação	2018	
Data comprovação	03/09/2019	(Data preenchida pelo sistema assim que a comprovação for enviada.)
Valor total pago titular (R\$)*	3000	(Somatório do valor total pago pelo titular do plano de saúde, incluindo co-participações.)
Valor total pago pelo(s) dependente(s) (R\$)*		(Valor total pago para todos os dependentes do plano de saúde, incluindo co-participações.)
Total Pago	R\$ 3.100,00	
Total Ressarcido	R\$ 2.48	(Valor que o titular recebeu, pelo ressarcimento do plano de saúde.)
Erário	R\$ 62	(Diferença entre o valor de ressarcimento e o valor pago pelo servidor.)

Observação Servidor

(Declaração de valores pagos ao plano de saúde referentes ao ano de comprovação.)

Descrição	Ações
2018_2019_2019-09-03_09-41-34_Captura de tela de 2019-03-12 11-17-31.png	 

+ Adicionar Anexo

Arraste seu(s) anexo(s) aqui para fazer upload. Arquivar

ETAPA 2 - TRAMITAÇÃO

ENVIAR PARA HOMOLOGAÇÃO DA COMPROVAÇÃO ANUAL

IMPORTANTE Clique em ENVIAR

ETAPA 1 - COMPROVAÇÃO ANUAL

Erro: Preencha o campo Valor total pago pelo dependente.

Ano comprovação

Ano solicitação

Data comprovação (Data preenchida pelo sistema assim que a comprovação for enviada.)

Valor total pago titular (R\$)* (Somatório do valor total pago pelo titular do plano de saúde, incluindo co-participações.)

Valor total pago pelo(s) dependente(s) (R\$)* (Somatório do Valor total pago para todos os dependentes do plano de saúde, incluindo co-participações.)

Total Pago R\$ 3.100,00

Total Ressarcido R\$ 1.269,48 (Valor que o servidor recebeu, pelo ressarcimento do plano de saúde.)

Erário R\$ 1.730,52 (Diferença entre o valor de ressarcimento e o valor pago pelo servidor.)

Observação Servidor



(Declaração de valores pagos ao plano de saúde referentes ao ano de comprovação.)

Descrição	Ações
2018_2019_2019-09-03_09-41-34_Captura de tela de 2019-03-12 11-17-31	 

+ Adicionar Anexo

Arraste seu(s) anexo(s) e pdf. Arquiv

ETAPA 2 - TRAMITAÇÃO

ENVIAR PARA HOMOLOGAÇÃO DA COMPROVAÇÃO ANUAL