

 <b>UFC PROGEP</b>	<h1 style="margin: 0;">AUXÍLIO SAÚDE</h1> <h2 style="margin: 0;">COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTOS</h2>
--	---

**Decreto nº 4978/04 e Portaria Normativa nº 01/2017**

**A(O) Senhor(a) Pró-Reitor(a) de Gestão de Pessoas**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (CÓPIAS AUTENTICADAS)**

- 1) Boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento; **OU**
- 2) Declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação.

Obs.: Todas as cópias podem ser autenticadas na Central de Relacionamento mediante a apresentação do **documento original**.

Venho apresentar os valores pagos à operadora do Plano de Saúde contratada, referente ao **ANO DO PAGAMENTO:**

**DADOS DO REQUERENTE**

<b>MAT. SIAPE</b>	<b>NOME</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>NOME SOCIAL</b>	
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>LOTAÇÃO</b>	
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>CARGO</b>	<b>TELEFONE/CELULAR</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>CPF</b>	<b>E-MAIL</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>NOME OPERADORA DE SAÚDE</b>	
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	

**COD. DEPENDENTE: 1 – Cônjuge ou companheiro(a) 2 – Filho(a) 3 – Enteado(a) 4 – Guarda Judicial**

Nome / Nome Social do Dependente	Cód.	Dt. Nasc.	CPF	É Estudante? 21 a 24 anos?
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**Art. 30 da Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017.**

Independentemente do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 28 desta Portaria Normativa, **a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez por ano, até o último dia útil do mês de abril**, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária, tais como:

I – boletos mensais e respectivos comprovantes de pagamento;

II – declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou

III – outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

§ 1º Nos casos de exoneração ou retorno de servidor ou militar de ex-Território cedido, a apresentação dos documentos de que trata o caput deverá se dar antes de seu afastamento do órgão ou entidade concedente.

§ 2º O usufruto de férias, licença ou afastamento durante o mês de abril não desobriga o servidor ou militar de ex-Território do cumprimento do disposto no caput.

**É necessária a assinatura do REQUERENTE.**

<b>DATA</b>	<b>ASSINATURA DO REQUERENTE</b>
_ / _ / _	_____