



**UFC
PROGEP**

**AUXÍLIO SAÚDE
COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTOS**

Instruções Normativas nº 97/2022, 30/2023 e 41/2023

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

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 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.

Venho apresentar os valores pagos à operadora do Plano de Saúde contratada, referente ao

ANO(S) DE PAGAMENTO

DADOS DO REQUERENTE

MAT. SIAPE	NOME		
NOME SOCIAL			TELEFONE/CELULAR
CARGO		LOTAÇÃO	
CPF	E-MAIL		
NOME DA OPERADORA DE SAÚDE			

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?	
		__/__/__		SIM	NÃO
		__/__/__		SIM	NÃO
		__/__/__		SIM	NÃO
		__/__/__		SIM	NÃO
		__/__/__		SIM	NÃO

DATA	ASSINATURA DO REQUERENTE
------	--------------------------