



**UFC  
PROGEP**

**AUXÍLIO SAÚDE  
COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTOS**

Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME Nº 97, de 26 de dezembro de 2022 e Instrução Normativa GABIN /MGI nº 69, de 18 de fevereiro de 2025

**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 |
| 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 |
|------|--------------------------|