



COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTO PARA RESSARCIMENTO DE SUBSÍDIO SAÚDE SUPLEMENTAR

1. Identificação do requerente

Servidor Ativo Servidor Aposentado Pensionista

Nome :

SIAPE :

E-mail :

Fone de contato :

Venho informar o valor pago do titular e/ou dos dependentes, conforme Art. 230 da Lei 8.112 e suas alterações, Decreto 4.978 de 03/02/2004, Artigos 26, 27, 28 e 29 da Portaria Normativa nº 1 de 09/03/2017/SRH/MPOG.

Para tanto, estou anexando o(s) documento(s) comprobatório(s) do pagamento em via(s) original(is) e sem rasuras.

Mês :	Janeiro	Ano :
Mês :	Fevereiro	Ano :
Mês :	Março	Ano :
Mês :	Abril	Ano :
Mês :	Mai	Ano :
Mês :	Junho	Ano :
Mês :	Julho	Ano :
Mês :	Agosto	Ano :
Mês :	Setembro	Ano :
Mês :	Outubro	Ano :
Mês :	Novembro	Ano :
Mês :	Dezembro	Ano :

2. Informações importantes

- A comprovação anual de despesas com plano de saúde deverá ser feita uma vez ao ano, devendo ser entregue de janeiro até o último dia útil do mês de abril. Usar preferencialmente o informe do IRPF.
- Não havendo comprovação, o benefício será suspenso e instaurado processo administrativo.
- Em caso de cancelamento ou exclusão de dependente, o servidor deverá informar imediatamente ao Setor de Saúde Suplementar, mediante preenchimento de formulário específico.

3. Assinatura do requerente

Data: / /

_____ *Assinatura*