**DECLARAÇÃO ANUAL**

**AUXÍLIO INDENIZATÓRIO SAÚDE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| **DADOS DO SERVIDOR** | | | |
| **NOME:** | | | |
| **MATRÍCULA SIAPE:** | | | **CPF:** |
| **LOTAÇÃO:** | | | **TEL: ()** |

Em atendimento a Portaria Normativa SRH/MPOG n° 01, de 09 de março de 2017, DECLARO ter realizado as despesas referentes às mensalidades de plano de saúde no ano de , conforme documentação comprobatória anexa, para fins de confirmação do auxílio indenizatório saúde.

Estou ciente de que deverei responder a processo de reposição ao erário caso não tenha informado oportunamente à DiAPe/ProGPe a respeito de cancelamento ou mudança do Plano, bem como de reajuste nos valores da mensalidade, exclusão ou inclusão de dependentes ou demais alterações que impliquem em divergência nos valores ressarcidos.

|  |  |
| --- | --- |
| , \_\_/\_\_/\_\_\_.  Local e Data | Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ANEXAR DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA -** Declaração da operadora, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação **ou** Boletos mensais e respectivos comprovantes de pagamento **ou** Demonstrativo detalhado de imposto de renda. É indispensável que os documentos de comprovação estejam em nome do servidor – titular do plano de saúde – e que os valores das mensalidades estejam discriminados por beneficiário.

Procedimento efetuado na folha de \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_