



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**



**TERMO DE CIÊNCIA PARA SERVIDORES QUE RECEBEM AUXÍLIO
INDENIZATÓRIO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Eu, _____,
matrícula SIAPE nº _____, declaro-me ciente de que, conforme a Portaria Normativa nº 1/2017, da Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, devo apresentar a comprovação de despesas com plano de saúde uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril.

Declaro, ainda, ciência de que não havendo a comprovação dos pagamentos das mensalidades do plano de saúde na data em questão, o benefício será suspenso e será instaurado processo administrativo visando à reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente. Também em caso de cancelamento do plano de saúde comprometo-me a informar imediatamente o Setor de Saúde Suplementar para a suspensão do recebimento do subsídio.

Uberlândia, _____ de _____ de _____.

Assinatura