

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE **GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS**  
DIRETORIA DE **GESTÃO DE PESSOAS**

Avenida NS 15, 109 Norte | 77001-090 | Bloco IV, Sala 03, Reitoria | Palmas-TO  
(63) 3229-4040 | [www.uft.edu.br/progedep](http://www.uft.edu.br/progedep) | [cfp@uft.edu.br](mailto:cfp@uft.edu.br)



**TERMO DE CIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, servidor (a) pública federal, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_, matrícula siape nº \_\_\_\_\_, solicitei auxílio saúde junto à Universidade Federal do Tocantins em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e declaro ter ciência da necessidade de **comprovar anualmente, até o dia 30/04**, os pagamentos efetuados a título de mensalidade do plano \_\_\_\_\_ do ano anterior (janeiro a dezembro) conforme exigido pela art. 30 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1 de 9 de março de 2017, que dispõe:

Art. 30. Independentemente do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 28 desta Portaria Normativa, a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária, tais como:

I - boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento;

II - **declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação;** ou

III - outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

Declaro ainda ciência de que caso os ressarcimentos ocorram, mas não sejam comprovados os respectivos pagamentos das mensalidades, terei que devolver ao erário os valores conforme previsto no art.46 da Lei nº 8112/1990 e que qualquer alteração no plano deverá ser informado a Pró Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Tocantins.

\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura