

Ao Departamento de Recursos Humanos Universidade Federal de São Paulo

Eu, _____, Registro Funcional nº _____, Siape nº _____, ocupante do cargo de _____, lotado (a) no _____ telefone (____) _____, E-mail: _____ venho por meio desta, declarar que estou ciente que não haverá mais a necessidade de entrega mensal dos comprovantes de pagamento do meu plano de saúde para recebimento do benefício da assistência à saúde suplementar, e que nos termos dos incisos I ao III do art. 30 da Portaria MP/SEGRT nº 01/2017 comprometo-me a entregar até o 5º dia útil do mês de maio de cada ano, os comprovantes de quitação do meu plano de saúde do ano financeiro anterior, afim de validar os reembolsos recebidos, e que o usufruto de férias, licença ou afastamento durante o prazo de entrega da documentação comprobatória, não me desobriga do cumprimento do disposto na legislação citada.

Estou ciente também que, a não comprovação das despesas na forma do art. 30 da Portaria MP/SEGRT nº 01/2017, será passível de suspensão do benefício, acarretando em abertura de processo de reposição ao erário nos termos da Orientação Normativa nº 05/2013 e art. 46, §§ 1º e 2º da Lei Federal nº 8.112/90.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____