



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Avenida Rio Branco, 50 – Santa Lúcia – 29056-255 – Vitória – ES
27 3357-7500
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, Matrícula SIAPE nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, requerente/beneficiário do auxílio de caráter indenizatório (Auxílio-Saúde), relativo às despesas com plano de saúde ou odontológico, em virtude da sistemática instituída pela **Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017**, publicada no Diário Oficial da União em 10.03.2017, declaro, para todos fins de direito, estar ciente que:

1 – A **COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS EFETUADAS** no ano (Janeiro a Dezembro) deverá ser feita **uma única vez**, DE JANEIRO ATÉ O ÚLTIMO DIA ÚTIL DO MÊS DE ABRIL DO ANO SUBSEQUENTE, devendo ser entregue, **prioritariamente**, uma **declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação**.

1.1 – Na impossibilidade da entrega da declaração da operadora ou administradora, poderão ser entregues os documentos descritos nos itens abaixo, optando por um deles:

- a) Boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento; ou
- b) Outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

2 - Devo "informar ao órgão ou entidade concedente qualquer **mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários**, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário", conforme parágrafo 4º, Art. 29 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017.

3 – Caso não comprove as despesas **no prazo descrito no item 1 deste termo**, haverá a **SUSPENSÃO** do benefício, conforme Artigo 31 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017, bem como a necessidade de reposição ao Erário dos valores considerados indevidos.

4 – A alteração do plano de assistência à saúde ou a troca de operadora, sem a devida informação ao órgão durante o período de pagamento, acarretará a **SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO**, sendo passível de reposição ao Erário dos valores considerados indevidos, conforme Artigo 33 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017).

5 – O cancelamento do plano de assistência à saúde, sem a devida informação ao órgão durante o período de pagamento, acarretará a **CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO**, sendo passível de reposição ao Erário dos valores considerados indevidos, conforme Artigo 32 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017).

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura