



**Universidade Federal Rural de Pernambuco**  
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas  
Departamento de Administração de Pessoas  
Seção de Cadastro e Benefícios



**PROTOCOLO ANUAL DE ENTREGA DO COMPROVANTE  
DE PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE**

|   |  |
|---|--|
| <b>Nome do Servidor / Pensionista:</b>  |  |
| <b>Matrícula SIAPE:</b>   | <b>SITUAÇÃO:</b> Ativo( ) Aposentado( ) Pensionista( ) |
| <b>Cargo:</b>   | <b>Lotação:</b>  |
| <b>Telefone Ramal:</b><br><b>Celular:</b>   | <b>E-mail:</b>   |
| <b>DADOS DO PLANO DE SAÚDE:</b>   |  |
| <b>PLANO:</b> _____ <b>ANO:</b> _____   |  |
| -----<br>Local e Data   | -----<br>Assinatura do Servidor / Pensionista          |
| <b>Obs.:</b> apresentar a mesma <b>declaração</b> disponibilizada <b>anualmente pela operadora ou administradora de benefício</b> , para fins de deduções do imposto de renda ( <b>janeiro a dezembro de cada ano</b> ), discriminando <b>valores mensais por beneficiário</b> , bem como atestando sua <b>quitação</b> ; ou outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos de janeiro a dezembro do ano. Se recebeu o benefício referente algum dependente, o nome do dependente deverá constar na comprovação das despesas. |  |
| <b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PROTOCOLO:</b>   |  |
| Recebido em, ____/____/____   | Hora: _____  |
| -----<br>Assinatura do Servidor da PROGEPE  |  |
| <b>RECIBO DE ENTREGA DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO ANUAL DO PLANO DE SAÚDE - ANO:</b> _____   |  |
| Nome do Servidor / Pensionista: _____   |  |
| Recebido em, ____/____/____   | Hora: _____  |
| -----<br>Assinatura do Servidor da PROGEPE  |  |