



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

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