

NOTIFICAÇÃO

Neste ato fica notificado(a) o (a) servidor(a) _____
_____ Siape N° _____ Cargo _____
_____ *Campus* _____

do compromisso de encaminhar **anualmente** à DGP / Coordenação de Benefícios, quadro demonstrativo contendo detalhamento dos pagamentos feitos ao longo do ano à operadora de saúde contratada pelo servidor, sendo a **data limite, o último dia útil do mês de abril**.

São documentos comprobatórios segundo art 30 e incisos da portaria Normativa 01, de 09 de março de 2017:

- boletos mensais e respectivos comprovantes de pagamentos;
- declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, atestando sua quitação; ou
- outros documentos que provem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

O servidor que não comprovar as despesas na forma do art 30 da Portaria Normativa 01, terá o benefício suspenso com a devida reposição ao erário.

O servidor que alterar o plano de assistência à saúde, ou trocar de operadora durante o período de pagamento do benefício e não informar ao órgão ou entidade concedente, terá o benefício suspenso com reposição ao erário.

Campos dos Goytacazes, ____/____/2017

Assinatura do servidor