

	<p style="text-align: center;">FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas Departamento de Administração de Pessoal</p>	<p style="text-align: center;">DECLARAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE</p>
---	---	--

Eu, _____, CPF _____.____.____-____, matrícula Siape nº _____, ocupante do cargo de _____, com lotação no(a) _____ (*setor*), pertencente ao quadro de servidores do(a) _____ (*instituição de origem*), declaro para os devidos fins que:

- () **NÃO RECEBO** Auxílio de Caráter Indenizatório por meio de ressarcimento.
- () **RECEBO** Auxílio de Caráter Indenizatório por meio da ASSEFAZ OU GEAP.
- () **RECEBO** Auxílio de Caráter Indenizatório por meio de ressarcimento. Anexar a esta declaração a comprovação dos pagamentos com Plano de Saúde, realizados nos últimos 12 meses até a data da solicitação da Movimentação ou Vacância do Cargo..

Macapá-AP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) servidor(a)