



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Administração de Pessoal

DECLARAÇÃO DE PLANO
DE SAÚDE

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)