

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas	DECLARAÇÃO PARA REDISTRIBUIÇÃO RELATIVA AO PLANO DE SAÚDE
---	---	--

1. Dados do declarante

Nome completo:	
CPF:	SIAPE:
Lotação:	
Cargo:	

2. Declaração relativa ao plano de saúde

<p>DECLARO, para os devidos fins:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO RECEBO Auxílio de Caráter Indenizatório por meio de ressarcimento.</p> <p><input type="checkbox"/> RECEBO Auxílio de Caráter Indenizatório por meio da CASUFES, ADUFES OU GEAP.</p> <p><input type="checkbox"/> RECEBO Auxílio de Caráter Indenizatório por meio de ressarcimento. A comprovação dos pagamentos (realizados entre a data da última comprovação apresentada a CARP/DGP até a data da exoneração) está anexada ao presente processo, seguindo orientações disponibilizadas no Manual do Servidor no assunto “Assistência à Saúde Suplementar”</p> <p style="text-align: center;">_____/_____/_____, ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do Servidor</p>
