



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

DECLARAÇÃO PARA DISPENSA DE APRESENTAÇÃO DE CARTEIRA DE PLANO DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome do servidor

Matrícula SIAPE

Cargo:

Unidade de Lotação:

Eu, servidor acima identificado, declaro que não tenho a(s) cópia(s) da carteira do plano de saúde exigida(s), minha e do(s) meu(s) dependente(s), uma vez que se trata de contrato celebrado na data de ____ de ____ de _____.

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras.

Assinatura do Servidor