



Prefeitura Municipal de Taubaté

Estado de São Paulo

Aos ____ de _____ de 20__.

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de ciência da Operadora de Plano de Saúde _____ que eu, _____ Servidor(a) Público(a) Municipal, matrícula funcional _____, CPF _____, estou solicitando o Afastamento Sem Remuneração por um período de ____ anos e, no período de ____/____/____ à ____/____/____ e, assim sendo, estou ciente de que os pagamentos referentes ao convênio (Plano de Assistência à Saúde) por mim contratado ficarão sob minha responsabilidade à contar desta data e que devo contatar a citada Operadora o mais brevemente possível para regularização de tal situação.

Declaro também estar ciente de que os valores subsidiados pelo município deixarão de ser processados durante o período do Afastamento.

Sem mais.

Assinatura