



NADA CONSTA

Servidor: SIAPE:

Cargo:

Lotação:

Finalidade das Informações:

UNIDADE DE ORIGEM DO SERVIDOR

/ / DATA	Assinatura e carimbo

SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO (SISBIN)

/ / DATA	Assinatura e carimbo

COORD. DE MATERIAIS E PATRIMÔNIO (CMAP)

/ / DATA	Assinatura e carimbo

COORD DE PAGAMENTO E BENEFÍCIOS (CPB)

/ / DATA	Assinatura e carimbo

COORD DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL (CDP)

/ / DATA	Assinatura e carimbo

GRUPAD

/ / DATA	Assinatura e carimbo

PRO-REITORIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E FINANÇAS (PROPLAF)

/ / DATA	Assinatura e carimbo

COORD DE RESTAURANTES (CRU)

/ / DATA	Assinatura e carimbo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



PRO-REITORIA DE PESQUISA, POS-GRADUAÇÃO
E INOVAÇÃO (PROPPI)

/ / DATA	Assinatura e carimbo

OBSERVAÇÕES

- 1) Apresentar comprovantes referentes aos pagamentos de **plano de saúde**, caso você tenha solicitado resarcimento relativo a algum plano de saúde
- 2) Após a coleta das informações, entregar este formulário à Coordenadoria de Registro e Cadastro (CRC).