



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
EXONERAÇÃO/VACÂNCIA

01 - Documentos Necessários:

1. Cópia de documento de identificação (autenticado);
 2. Carteira/identidade funcional/quaisquer outros materiais próprios da UFAL;
 3. Declaração de nada consta do Sistema de Bibliotecas - SIBI/UFAL;
 4. Formulário de «Dispensa/designação de função», para servidores que exercem função gratificada ou cargo de Direção.
 5. Cópia do termo de posse em outro cargo inacumulável. (No caso de vacância)*
- * O termo de posse poderá ser anexado ou enviado posteriormente por e-mail (cnor@dap.ufal.br), porém, a publicação e a conclusão da vacância só ocorrem após isso. A data da vacância retroage à data da posse no novo cargo.

02 - Dados do Interessado

Nome Completo:	
Cargo:	Siape:
Lotação:	Telefone:
E-mail:	

venho, por expressa e unilateral vontade, solicitar **EXONERAÇÃO** do cargo por mim exercido, a partir de ____/____/____

venho solicitar **VACÂNCIA** do cargo por mim exercido, a partir da posse em outro cargo inacumulável, conforme comprovante de termo de posse apresentado.

Sim Não Sou beneficiário do plano de saúde GEAP e estou ciente da obrigação do preenchimento do termo de opção, em anexo.

Em ____/____/____ _____
Servidor

Uso da chefia imediata/dirigente da unidade (obrigatório)

() Tomo ciência do pedido de exoneração/vacância apresentado pelo (a) servidor (a) acima referido (a).

() Outro: _____

Em ____/____/____ _____
Assinatura e carimbo

DAP

CCAD	Obter informação da Corregedoria-Seccional acerca da eventual existência de PAD e fornecer informações funcionais.
CNOR	Análise formal do pedido, dispondo sobre direitos, deveres e elaboração de minuta de portaria.
CAS	Após assinatura da Direção, publicar.
CCAD	Para exclusão no sistema. Após, caso a opção GEAP seja sim, encaminhar o processo para CBEN.
CBEN	Comunicar à GEAP.





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
COORDENADORIA DE BENEFÍCIOS

TERMO DE OPÇÃO

Obedecendo ao disposto na **Orientação Normativa nº 9/2014-SEGEP/MP e ao Convênio nº 1/2013 – celebrado entre a União e a GEAP**, no que trata sobre suspensão de remuneração e perda de vínculo funcional ou empregatício com o órgão patrocinador, informamos que, nestes casos, é facultada ao **servidor a opção de continuar como beneficiário do plano de saúde GEAP** na forma de **autopatrocinado**, ou seja, **assumindo o custeio integral do plano, incluindo a contribuição per capita da UFAL** ¹².

Tendo ciência do comunicado acima e, considerando minha ausência/perda de vínculo por motivo de _____, e u, _____ matrícula _____, venho solicitar:

- () Cancelamento do plano de saúde GEAP.
- () Continuar como beneficiário da GEAP, na forma de autopatrocinado.

Maceió, ____/____/____.

Solicitante

Servidor responsável pela autorização

¹ No caso de perda do vínculo, o período para manutenção no plano, na modalidade de autopatrocínio, será de no máximo 24 meses.

² No caso de licença ou afastamento sem remuneração, o titular poderá permanecer no plano durante todo o período de ausência, desde que assuma o custeio das despesas na modalidade de autopatrocínio.