

**Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA**

**Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP**

**Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV**

Telefone: (93) 2101-6535 **E-mail:** *sqv.ufopa@gmail.com*

**REQUERIMENTO PARA MIGRAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE GEAP**

Senhor Diretor de Saúde e Qualidade de Vida da

Universidade Federal do Oeste do Pará:

**Assunto: Solicitação de Migração do Plano de Saúde GEAP**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** servidor desta Universidade, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SIAPE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Venho respeitosamente, requerer a VSa. a migração do Plano de Saúde GEAP conforme formulário em anexo.

Nestes Termos

Pede deferimento,

∙ Anexar formulário padrão de migração.

Santarém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura do Requerente)