



DECLARAÇÃO

Declaro, para todos os fins de direito, que a despesa com a operadora do plano de saúde do dependente abaixo descrito é de minha responsabilidade.

Dependente: _____

Plano de Saúde: _____

Natureza:

() filho e () enteado, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependente econômico do magistrado ou servidor e estudante de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

() Junto comprovante de matrícula do curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação

Declaro, ainda, estar ciente do dever de comunicar à Administração, de imediato, qualquer mudança no plano de saúde ou na condição acima que implique alteração da situação de dependente.

_____ (AL), ____ de _____ de 20 ____ .

**ASSINATURA
MATRÍCULA DO SERVIDOR**