



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



**NADA CONSTA**

Servidor:

SIAPE:

Cargo:

Lotação:

Finalidade das Informações:

**UNIDADE DE ORIGEM**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO (SISBIN)**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**COORDENADORIA DE ASSUNTOS PATRIMONIAIS (CAP)**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**ÁREA DE PAGAMENTO E BENEFÍCIOS (APB)**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL (ADP)**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**GRUPAD**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**DIRETORIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS (DOF)**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**RU**

____/____/____ DATA	Assinatura e carimbo

**OBSERVAÇÕES**

- 1) Apresentar comprovantes referentes aos pagamentos de **plano de saúde**, caso você tenha solicitado ressarcimento relativo a algum plano de saúde
- 2) Após a coleta das informações, entregar este formulário à Coordenadoria de Gestão de Pessoas.