



**DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI OUTRO BENEFÍCIO DE MESMA NATUREZA EM OUTROS PRESTADORES DE SERVIÇOS**

Formulário: FORM.GEP.003

Solicitante:			
Matrícula:	Lotação:	Cargo/Função:	Telefone:

DEPENDENTES			
1	Nome:	Horário Creche/Escola:	Data Nascimento: / /
2	Nome:	Horário Creche/Escola:	Data Nascimento: / /
3	Nome:	Horário Creche/Escola:	Data Nascimento: / /

Declaro que as despesas realizadas com Creche ou Pré-Escola com o(s) dependente(s) acima relacionado(s) não são objetos de reembolso por outros prestadores de serviços aos seus responsáveis.

Pelo presente, estou ciente de que devo comunicar de imediato a ocorrência de fatos que determinem a perda do direito.

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além do obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á as penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e a rescisão, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis Trabalhistas.

Boa Vista-RR, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário

Boa Vista-RR, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura GEP: \_\_\_\_\_