



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

TERMO DE COMPROMISSO ó AUXÍLIO-NATALIDADE

Eu, _____, nacionalidade _____,
estado civil _____, CPF _____, Servidor (a) Público (a)
Federal, em exercício na Universidade Federal do Ceará, lotado(a) no (a)
_____, registrado no SIAPE nº _____,
declaro, sob as penas da lei, em especial o Código Penal, art. 299, que tipifica o crime
de falsidade ideológica, que meu/minha cônjuge ou companheiro(a) não é
funcionário(a) público(a) federal, razão pela qual preencho os requisitos estabelecidos
no art. 196, §2º, da Lei 8.112/90, para a percepção de auxílio-natalidade.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do declarante