|  |
| --- |
| **CADASTRO DE DEPENDENTES POR INCAPACIDADE FÍSICA E MENTAL** |

[ ]  Ativo [ ]  Aposentado

**I - Identificação do Requerente:**

|  |
| --- |
| Nome do Servidor:  |
| Nome Social (Decreto nº 8727/16) |
| Matricula Siape: | C.I.: | CPF: |
| Cargo: | Campus Lotação: |
| Endereço Residencial: |
| Telefone Residencial: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Celular: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | E-mail:  |

**II – Identificação do Dependente:**

|  |
| --- |
| Nome Civil: |
| Nome Social (Decreto nº 8.727/16): |
| Estado Civil: | Sexo: [ ]  Masculino [ ]  Feminino | Data de Nascimento: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ |
| CPF: | C.I: | Órgão Expedidor: | UF: |
| Relação de parentesco/ dependência com o servidor (a): [ ]  Filho(a) [ ]  Enteado(a) |
| Dependente para fins de:[ ]  Pensão Civil [ ]  Imposto de Renda [ ]  Assistência à Saúde |

**III – Requerimento:**

Venho requerer o Cadastramento de Dependente por Incapacidade Física ou Mental, em meu assentamento funcional conforme opção(ões) selecionada(s), nos termos do artigo 217 da Lei nº 8112/90, tendo em vista a documentação anexa. DECLARO serem verdadeiras as informações aqui por mim prestadas e estou CIENTE de que a inveracidade das informações por mim prestadas constitui falta grave, passível de punição prevista na Lei nº 8.112/90.

1. Documento(s) anexo(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do (a) Requerente