|  |
| --- |
| **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