|  |  |
| --- | --- |
| *Descrição: logo* | **REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE ECONÔMICO**  **(PORTADOR(A) DE NECESSIDADES ESPECIAIS)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS FUNCIONAIS** | | |
| **Nome:** | | **Matrícula:** |
| **Cargo:** | **Função:** | |
| **Lotação:** | | **Ramal:** |

REQUEIRO QUE MEU(S) DEPENDENTE(S) ABAIXO RELACIONADO(S) SEJA CONSIGNADO(S) EM MEUS ASSETAMENTOS FUNCIONAIS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO(A)(S) DEPENDENTE(S)** | | |
| **01** | **Nome:** | **Estado Civil:** |
| **Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **CPF:** |
|  | | |
| **02** | **Nome:** | **Estado Civil:** |
| **Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **CPF:** |

Declaro, sob as penas da lei que:

* Estou ciente de que toda e qualquer ocorrência que implique a exclusão do(a) dependente ou alteração na relação de dependência deverá ser comunicada à Unidade de Gestão de Pessoas, no prazo de 30 dias;
* Estou ciente de que devo apresentar anualmente declaração de Imposto de Renda Pessoa Física –IRPF na qual conste o dependente.
* O(s) dependente(s) não é(são) dependente(s) de nenhuma outra pessoa.
* O(s) dependente(s) reside(m) comigo.
* O(s) dependente(s) **NÃO** recebe(m) rendimento ou recebe(m) rendimento próprio em valor inferior ao limite estabelecido por ato específico deste Conselho (não caracterizam rendimentos próprios os valores recebidos a título de pensão alimentícia, bolsa de estudo ou estágio estudantil).

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do Requerente

|  |
| --- |
| **Fundamentação Legal:**  **Instrução Normativa/CNJ nº 15/2013.**  Para apreciação do pedido deve ser entregue, junto com este requerimento devidamente assinado, cópia autenticada administrativamente/eletronicamente ou cópia acompanhada do original dos **documentos abaixo**:   * certidão de nascimento/casamento; * documento de identificação que conste o RG; * CPF; * laudo médico homologado pela Secretaria de Serviços Integrados de Saúde do STF ou por equipe médica oficial determinada pelo Conselho; * declaração, em nome do(a) dependente, emitida pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, referente às contribuições efetuadas ou aos beneficios percebidos; * declaração de Imposto de Renda Pessoa Física – IRPF do(a) beneficiário(a) titular na qual conste o(a) dependente; * comprovante de rendimentos, se houver;   **Observações:**   1. É vedada a inscrição de dependente de pensionista. 2. São de responsabilidade exclusiva do(a) beneficiário(a) titular, sob as penas da Lei, as informações, declarações e os documentos apresentados de seus dependentes. 3. O(a) dependente não pode ser dependente de outra pessoa além do(a) beneficiário(a) titular. 4. O(a) portador(a) de necessidades especiais que possua rendimento próprio superior ao limite estabelecido pela Portaria/DG nº 122/2018 **não** será admitido(a) na condição de dependente. |