|  |  |
| --- | --- |
| *Descrição: logo* | **REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE**  **(CÔNJUGE)**  **(FILHO(A)(S) MENOR DE 21 ANOS)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) DEPENDENTE** | | |
| **Nome:** | | **Parentesco:** |
| **Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **CPF:** | |
|  | | |
| **Nome:** | | **Parentesco:** |
| **Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **CPF:** | |
|  | | |
| **Nome:** | | **Parentesco:** |
| **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.

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

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

Assinatura do Requerente

|  |
| --- |
| **Fundamentação Legal:**  **Instrução Normativa/CNJ nº 15/2013.**  Para apreciação do pedido deve ser entregue com este requerimento devidamente assinado, cópia autenticada administrativamente/eletronicamente ou cópia acompanhada do original dos **documentos abaixo**:  **Para o Cônjuge:**   * Certidão de casamento civil; * documento de Identificação que conste o RG;   **Para o Filho:**   * certidão de nascimento; * documento de Identificação que conste o RG (se houver);   **Observações:**   * É vedada a inscrição de dependente de pensionista. * São de responsabilidade exclusiva do(a) beneficiário(a) titular, sob as penas da Lei, as informações, declarações e os documentos apresentados de seus dependentes. |