

**Anexar**

– Cópia(s) da(s) certidão(ões) de nascimento e do(s) CPF(s), autenticada(s) com o carimbo “Confere com o Original”, assinada(s) pelo Secretário da Unidade ou Chefia Imediata.

REQUERENTE		MATRÍCULA SIAPE
CARGO	TELEFONE	E-MAIL
UNIDADE/SUBLOTAÇÃO		
CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)		LOCAL DE TRABALHO (CONJ/COMPANHEIRO)

**Dados do(s) dependente(s)**

Nome:		Data de Nascimento:	/	/
O dependente é inválido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Na hipótese do servidor afirmar que o dependente é inválido, deverá anexar ao formulário o documento comprobatório da invalidez, devidamente confirmado pelo serviço de perícia médica desta Instituição.				
Nome:		Data de Nascimento:	/	/
O dependente é inválido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Na hipótese do servidor afirmar que o dependente é inválido, deverá anexar ao formulário o documento comprobatório da invalidez, devidamente confirmado pelo serviço de perícia médica desta Instituição.				
Nome:		Data de Nascimento:	/	/
O dependente é inválido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Na hipótese do servidor afirmar que o dependente é inválido, deverá anexar ao formulário o documento comprobatório da invalidez, devidamente confirmado pelo serviço de perícia médica desta Instituição.				
Nome:		Data de Nascimento:	/	/
O dependente é inválido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Na hipótese do servidor afirmar que o dependente é inválido, deverá anexar ao formulário o documento comprobatório da invalidez, devidamente confirmado pelo serviço de perícia médica desta Instituição.				
Nome:		Data de Nascimento:	/	/
O dependente é inválido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Na hipótese do servidor afirmar que o dependente é inválido, deverá anexar ao formulário o documento comprobatório da invalidez, devidamente confirmado pelo serviço de perícia médica desta Instituição.				

