



## REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES LEGAIS - IMPOSTO DE RENDA

### DADOS PESSOAIS

Nº Funcional	CPF	Nome do Servidor		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Deficiente	DT Nascimento	Naturalidade - Município	
UF Nascimento	Estado Civil	Escolaridade	Nacionalidade	
Nome Pai				
Nome Mãe				

### DEPENDENTES

Nome Dependente				
Parentesco	Data Nascimento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Início da Vigência	
Nome Dependente				
Parentesco	Data Nascimento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Início da Vigência	
Nome Dependente				
Parentesco	Data Nascimento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Início da Vigência	
Nome Dependente				
Parentesco	Data Nascimento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Início da Vigência	

Assumo inteira responsabilidade pelas Declarações acima, ficando sujeito às penalidades previstas na Legislação em vigor.

Assinatura do Servidor	Data
------------------------	------

### RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Data	Assinatura e Carimbo
------	----------------------