

**CADASTRO DE DEPENDENTES PARA FINS PREVIDENCIÁRIO E DE IMPOSTO DE RENDA**

NOME DO SERVIDOR		CPF
MATRÍCULA	LOTAÇÃO	CARGO/FUNÇÃO
TELEFONE	E-MAIL	

DADOS DE DEPENDENTES**TABELA A – TIPOS DE DEPENDÊNCIA PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS (Somente Servidor Estatutário Efetivo)**

1. Cônjuge ou companheiro / a com união estável ou união homoafetiva.
2. Filho/a menor de 21 anos de idade e não emancipado/a.
3. Filho/a inválido/a com qualquer idade (mediante apresentação de atestado médico atualizado de até 90 dias).
4. Menor sob guarda.
5. Enteado/a ou menor tutelado/a sob dependência econômica do servidor (mediante declaração escrita do servidor).
6. Pai ou mãe sob dependência econômica (somente se não existir dependentes 1, 2, 3, 4 e 5).
7. Irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos de idade ou inválido (somente se não existir dependentes 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

TABELA B – TIPOS DE DEPENDÊNCIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

1. Cônjuge ou companheiro/a.
2. Filho/a ou enteado/a até 21 anos de idade ou maior incapacitado/a física ou mentalmente para o trabalho.
3. Filho/a ou enteado/a até 24 anos universitário ou cursando escola técnica.
4. Irmã(o), neto/a ou bisneto/a até 21 anos do qual tenha a guarda judicial ou incapacitado físico ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do qual tenha tido guarda judicial até 21 anos.
5. Pais, avós e bisavós. 6. Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial. 7. Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador.

NOME DO DEPENDENTE 1		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO DE SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO
DATA DE NASCIMENTO / /	LOCAL DE NASCIMENTO		
TIPO DE DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/> PREVIDENCIÁRIO <input checked="" type="checkbox"/> IR	GRAU DE DEPENDÊNCIA (Tabela A – apenas 1 e 2)	GRAU DEPENDÊNCIA IR (Conforme Tabela B)	CPF
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

NOME DO DEPENDENTE 2		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO DE SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO
DATA DE NASCIMENTO / /	LOCAL DE NASCIMENTO		
TIPO DE DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/> PREVIDENCIÁRIO <input checked="" type="checkbox"/> IR	GRAU DE DEPENDÊNCIA (Tabela A – apenas 1 e 2)	GRAU DEPENDÊNCIA IR (Conforme Tabela B)	CPF
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

NOME DO DEPENDENTE 3		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO DE SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO
DATA DE NASCIMENTO / /	LOCAL DE NASCIMENTO		
TIPO DE DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/> PREVIDENCIÁRIO <input checked="" type="checkbox"/> IR	GRAU DE DEPENDÊNCIA (Tabela A – apenas 1 e 2)	GRAU DEPENDÊNCIA IR (Conforme Tabela B)	CPF
TIPO (Rua, Av.)	LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

Declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e da minha inteira responsabilidade, bem como que as pessoas relacionadas como dependentes vivem sob minhas expensas, não cabendo à fonte pagadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização. Comprometo-me a renovar tais informações sempre que houver alterações.

Em _____ / _____ / _____

Assinatura do Servidor