



Ministério da Educação
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba
Diretoria Geral de Gestão de Pessoas
Diretoria de Cadastro e Pagamento de Pessoal

DADOS DO REQUERENTE

Nome:	Matrícula:
Cargo:	CPF:
Campus:	Telefone:

DADOS DO DEPENDENTE

Nome:	CPF:	Parentesco:						
Sexo: () Masculino () Feminino	Nacionalidade:							
Data de nascimento: ____/____/____	UF:	Registro:	Folha:	Livro:				
Nova Certidão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome da Mãe: _____	CPF: _____							

REQUEIRO:

() Inclusão () Exclusão

- () Abatimento no Imposto de Renda Retido na Fonte
- () Acompanhamento de pessoa da família por motivo de doença
- () Concessão de Auxílio Natalidade
- () Concessão de Auxílio Pré-Escolar

PARA FINS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO NATALIDADE E/OU AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR

DECLARO QUE meu cônjuge/companheiro (a) _____

- () É SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) da Administração Federal, direta, autárquica e fundacional e NÃO recebe os auxílios por mim solicitados.
- () NÃO É SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) da Administração Federal, direta, autárquica e fundacional.

DECLARO, sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e COMPROMETO-ME a atualizar junto ao IFPB sempre e que houver qualquer alteração ou que ocorra e que dirija do que ora requerido por mim.

_____, ____/____/____. _____

Assinatura do servidor

