



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
Cadastro de Dependente

DADOS DO REQUERENTE	
NOME	MATRÍCULA
CARGO	CPF
CAMPUS	TELEFONES

DADOS DO DEPENDENTE				
NOME	PARENTESCO			
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	NACIONALIDADE			
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	UF:	REGISTRO:	FOLHA:	LIVRO:
NÚMERO DE MATRÍCULA DE REGISTRO:				
CPF	NOME DO CARTÓRIO			
NOME DA MÃE				

Venho requerer () INCLUSÃO () EXCLUSÃO de meu dependente para fins de:

- () 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) _____ NOME
() 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 que houver qualquer alteração que ocorra e que divirja do que ora é requerido por mim.

_____, ____/____/____. _____
Assinatura do Servidor