



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

IDENTIFICAÇÃO

Nome:		CPF:
Cargo:	Matricula SIAPE:	Situação funcional: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado
Unidade/Órgão:	Unidade de Lotação:	Ramal

DEPENDENTE (S)

PRIMEIRO

Nome Completo		Parentesco
CPF (Obrigatório)	Data de Nascimento:	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Auxílio Pré Escolar	<input type="checkbox"/> Dedução imposto de renda	<input type="checkbox"/> Licença Trat. Pessoa da família

SEGUNDO

Nome Completo		Parentesco
CPF (Obrigatório)	Data de Nascimento:	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Auxílio Pré Escolar	<input type="checkbox"/> Dedução imposto de renda	<input type="checkbox"/> Licença Trat. Pessoa da família

TERCEIRO

Nome Completo		Parentesco
CPF (Obrigatório)	Data de Nascimento:	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Auxílio Pré Escolar	<input type="checkbox"/> Dedução imposto de renda	<input type="checkbox"/> Licença Trat. Pessoa da família

Art. 83. Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva a suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por perícia médica oficial (Lei 8.112/90)

OU

Declaro que não possuo dependentes para fins de inclusão no assentamento funcional, nesta data.

Declaro ainda, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente que a declaração falsa poderá sujeitar-me às penas da Lei, no âmbito administrativo, cível ou criminal.

São Luís, _____ de _____ de _____

Assinatura do declarante