**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ** SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

Campus Universitário Petrônio Portela – Bairro Ininga – 64.049-550 – Teresina-PI

**e-mail:** [**servcad@ufpi.edu.br**](mailto:servcad@ufpi.edu.br)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES** | | | | | |
| **Nome do servidor:** | | | | | **Matrícula:** |
| **CPF:** | | | | | |
| **Cargo:** | | | **Lotação:** | | |
| **RELAÇÃO DE DEPENDENTES** | | | | | |
| **Nome**: | | | | **Parentesco**: | |
| **Nascimento**: | **Sexo**: ( ) F ( ) M | **CPF**: | | | |
| **Nome da mãe**: | | | | | |
| ( ) Informado para fins de Imposto de Renda  ( ) Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90. | | | | | |
|  | | | | | |
| **Nome**: | | | | **Parentesco**: | |
| **Nascimento**: | **Sexo**: ( ) F ( ) M | **CPF**: | | | |
| **Nome da mãe**: | | | | | |
| ( ) Informado para fins de Imposto de Renda  ( ) Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90. | | | | | |
|  | | | | | |
| **Nome**: | | | | **Parentesco**: | |
| **Nascimento**: | **Sexo**: ( ) F ( ) M | **CPF**: | | | |
| **Nome da mãe**: | | | | | |
| ( ) Informado para fins de Imposto de Renda  ( ) Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90. | | | | | |

**AUXÍLIOS/BENEFÍCIOS:**

**Acompanhamento de Pessoa da Família**: inclusão de dependentes para fins de acompanhamento em situações de saúde.

**Assistência Pré-Escolar:** assistência prestada aos dependentes do servidor na faixa etária compreendida do nascimento aos 06 (seis) anos de idade. A Portaria nº 10/2016 estabelece o valor máximo a ser pago ao benefício de Assistência Pré-Escolar fixado em **R$ 321,00**.

**DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS NECESSÁRIOS:**

* CPF do dependente.
* Certidão de Nascimento (ou Carteira de Identidade) do dependente ou Termo de Guarda ou Adoção expedido pelo juízo competente.
* Em caso de dependente excepcional, com idade mental de até 05 (cinco) anos, laudo médico.

Declaro, sob as penas da lei, que nenhuma vantagem foi ou será percebida por mim ou pelo cônjuge ou companheiro sob o mesmo fundamento e que as informações são verdadeiras, pelas quais me responsabilizo.

Teresina-PI, / / Assinatura:

12