



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Cadastramento de Dependentes Econômicos

Solicito o cadastramento do(s) dependente(s) econômico(s) a seguir relacionado(s)?

Nome do servidor: _____

Matrícula SIAPE: _____ Telefone: _____

I. Identificação dos Dependentes Econômicos

| nº Dependentes | Nome do Dependente | TIPO (*) | | | | Dependência | Data de Nascimento | Sexo | Estado Civil | CPF |
|----------------|--------------------|----------|-----|----|-----|-------------|--------------------|------|--------------|-----|
| | | IRRF | APE | PS | APF | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |

(*) IRRF = Imposto de Renda Retido na Fonte

APE = Auxílio Pré-Escolar

PS = Plano de Saúde

APF = Acompanhar Pessoa da Família

II. Documentação Legal

Apresento as seguintes informações que comprovam dependência econômica, como cópia(s) de documento legal:

| nº Dependentes | Tipo Documento | nº Doc. | UF Doc. | Livro nº | Folha nº | Nome do Cartório |
|----------------|----------------|---------|---------|----------|----------|------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

III. Declaração

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras.

_____, ___/___/____.

Assinatura