



Protocolo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Visto: \_\_\_\_\_

## PEDIDO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES

### Identificação do Servidor

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Secretaria: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Fone do Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

### Orientações

1) Preencher **um formulário**, no modelo contido no verso deste, **para cada dependente**;

2) Para cadastro dos dependentes é obrigatória a juntada de cópia simples dos documentos abaixo relacionados a cada grau de parentesco:

- a. **Esposo (a)** - cópia da certidão de casamento e número de CPF;
- b. **Filhos (as) até 21 anos** - cópia da certidão de nascimento e número de CPF;
- c. **Filhos (as) acima de 21 anos** - comprovação da motivação da necessidade de acompanhamento, cópia da certidão de nascimento e número de CPF;
- d. **Pai ou Mãe** - Declaração de próprio punho, feita pelo dependente, atestando que o (a) servidor (a) é quem o acompanha em consultas e ou exames de saúde e do número de CPF;
- e. **Enteados (as) e Outros** é obrigatória a juntada de documentação comprobatória da inclusão como dependente no IRRF e número de CPF;

### Resumo das Informações Relativas aos Dependentes

Nome Completo	CPF	Grau de Parentesco	Acompanhamento Familiar?	Imposto de Renda
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Hortolândia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

ATENÇÃO: PREENCHER EM LETRA  
LEGÍVEL DE FORMA SEM RASURAS.

FICHA INDIVIDUAL DE DEPENDENTE

Nome do dependente

Grau de parentesco  
 Esposo (a)     Filho (a)     Pai ou mãe     Enteadado (a)     Agregado (a)     Outros:

Data inicial do casamento ou união estável    Dependente cadastrado para fins previdenciários:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_     Sim     Não

Obs.: Se o dependente não estiver cadastrado é necessário juntar a documentação integral do mesmo, caso contrário apenas a relativa aos dados ainda não cadastrados.

Data de nascimento    Sexo?    Capacidade Civil?  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_     Feminino     Masculino     Capaz     Incapaz     Interdito     Relativamente capaz

Estado Civil?  
 Solteiro     Casado     Desquitado     Divorciado     Separado     Viúvo     União estável

Documento de Identificação (RG)    Data de expedição    Órgão expedidor    UF  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_\_

PIS/PASEP/NIT    CPF  
\_\_\_\_\_

Carteira de trabalho    Série    Data de expedição    UF  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Título de eleitor    Zona    Seção  
\_\_\_\_\_

Carteira nacional de habilitação    Data de emissão    Data de validade    Categoria habilitada  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Há outro responsável por este dependente, que seja servidor ativo ou inativo da Prefeitura de Hortolândia?  
 Sim     Não    Nome do servidor: \_\_\_\_\_

CPF    RG    Órgão expedidor    UF    Data de expedição  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Formação acadêmica do dependente:  
 Sem escolaridade     Alfabetizado     Ensino fundamental     Ensino médio     Ensino médio técnico     Nível superior

Nome da Instituição    UF  
\_\_\_\_\_

Área do curso    Especialidade do curso  
\_\_\_\_\_

Curso?    Duração    Tempo?     Completo     Incompleto     Horas     Dias     Meses     Bimestres     Trimestres     Semestres     Anos

Data de início    Data de término    Cursando?    Série    Ano / Período  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_     Sim     Não    \_\_\_\_\_

Ensino Superior:  
 Curso de curta duração     Pós-graduação lato sensu [Especialização]     Pós-graduação stricto sensu [Mestrado]  
 Curso de duração plena     Pós-graduação lato sensu [Residência]     Pós-graduação stricto sensu [Doutorado]  
 Pós-graduação lato sensu [Aperfeiçoamento]     Pós-graduação lato sensu [Outros: MBA, etc.]     Pós-graduação [Pós-doutorado]

Obs.: Identifique o grau mais alto de escolarização, ainda que incompleto.

O dependente exerce atividade remunerada, ou possui alguma fonte de renda?    É servidor público da Prefeitura de Hortolândia?  
 Sim     Não     Sim     Não

Cargo ou emprego na Prefeitura de Hortolândia    Especialidade exercida na Prefeitura de Hortolândia  
\_\_\_\_\_

Nº da matrícula na Prefeitura    Vínculo?  
\_\_\_\_\_     Efetivo     Comissão     CLT indeterminado     CLT temporário