ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPIRANGA

DEPENDENTE

Nome do Servidor: _____

Nome do Dependente: _____

_____

Tipo de Dependente:

☐ **Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos**
☐ Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos
☐ **Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho**
☐ Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos
☐ Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 (vinte e um) anos
☐ Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
☐ Pais, avós e bisavós
☐ Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial
☐ A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador
☐ Ex-cônjuge que receba pensão de alimentos

Data de Nascimento do Dependente: _____/_____/_____

CPF do Dependente: _____

Sexo do Dependente:

☐ Feminino ☐ Masculino

Qualidade do dependente:

☐ Salário Família
☐ Imposto de Renda
☐ Fins Previdenciários (RPPS – FAPS)
☐ Nenhum

O dependente tem incapacidade física ou mental para o trabalho:

☐ Sim ☐ Não

Declaro para todos os fins e efeitos legais, que os dados constantes no presente documento são verdadeiros.

Sapiranga, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do Declarante