

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES PARA LICENÇA POR MOTIVO
DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**

PROCESSO SUAP: _____

Nome:	
Matrícula SIAPE:	Câmpus de Exercício:
Telefone - Ramal:	Telefone Celular:
E-mail Institucional:	

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

DEPENDENTE 01	
Nome Completo:	
CPF:	
Data de Nascimento:	
Parentesco:	

DEPENDENTE 02	
Nome Completo:	
CPF:	
Data de Nascimento:	
Parentesco:	

DEPENDENTE 03	
Nome Completo:	
CPF:	
Data de Nascimento:	
Parentesco:	

DEPENDENTE 04	
Nome Completo:	
CPF:	
Data de Nascimento:	
Parentesco:	

A documentação dos dependentes deve seguir as orientações constantes no Comunicado nº 02/2018 - DGP.

Afirmo a veracidade da documentação apresentada, sob as penas da Lei. Nesses termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente