

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

PROCESSO SUAP: \_\_\_\_\_

<b>Nome:</b>	
<b>Matrícula SIAPE:</b>	<b>Câmpus de Exercício:</b>
<b>Telefone - Ramal:</b>	<b>Telefone Celular:</b>
<b>E-mail Institucional:</b>	

**RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

<b>DEPENDENTE 01</b>	
<b>Nome Completo:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Parentesco:</b>	

<b>DEPENDENTE 02</b>	
<b>Nome Completo:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Parentesco:</b>	

<b>DEPENDENTE 03</b>	
<b>Nome Completo:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Parentesco:</b>	

<b>DEPENDENTE 04</b>	
<b>Nome Completo:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	
<b>Parentesco:</b>	

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