

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Diretoria de Recursos Humanos

CADASTRO DE DEPENDENTES

1 - Dados do Servidor

Nome: _____ Matrícula SIAPE: _____
Lotação: _____ Telefone/Ramal: _____

2 - Dados do(s) Dependente(s):

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____ CPF: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Sexo Masculino Sexo Feminino

Grau de Parentesco: _____ Certidão de Nascimento Certidão de Casamento

Nº de registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____

Nome do cartório: _____ MODALIDADE(S) DE BENEFÍCIO(S): _____, _____, _____

O dependente esta matriculado na Creche FIOCRUZ, ou será matriculado (No caso de dependentes até 5 anos, 11 meses e 29 dias).

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____ CPF: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Sexo Masculino Sexo Feminino

Grau de Parentesco: _____ Certidão de Nascimento Certidão de Casamento

Nº de registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____

Nome do cartório: _____ MODALIDADE(S) DE BENEFÍCIO(S): _____, _____, _____

O dependente esta matriculado na Creche FIOCRUZ, ou será matriculado (No caso de dependentes até 5 anos, 11 meses e 29 dias).

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____ CPF: _____

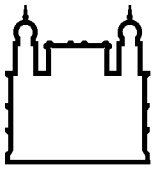
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Sexo Masculino Sexo Feminino

Grau de Parentesco: _____ Certidão de Nascimento Certidão de Casamento

Nº de registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____

Nome do cartório: _____ MODALIDADE(S) DE BENEFÍCIO(S): _____, _____, _____

O dependente esta matriculado na Creche FIOCRUZ, ou será matriculado (No caso de dependentes até 5 anos, 11 meses e 29 dias).



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Diretoria de Recursos Humanos

2 - Dados do(s) Dependente(s):

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____ CPF: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Sexo Masculino Sexo Feminino

Grau de Parentesco: _____ Certidão de Nascimento Certidão de Casamento

Nº de registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____

Nome do cartório: _____ MODALIDADE(S) DE BENEFÍCIO(S): _____, _____, _____

O dependente esta matriculado na Creche FIOCRUZ, ou será matriculado (No caso de dependentes até 5 anos, 11 meses e 29 dias).

Modalidade(s) de Benefício(s):

A - ASSIS. PRÉ ESCOLAR INDIRETO (PECÚNIA) (Dependentes de até 5 anos, 11 meses e 29 dias) B - DESCONTO PARA FINS DE I. R.
C - AUXÍLIO NATALIDADE

3 - Instruções

FILHO

Filho até 21 anos de idade, desde que não seja excepcional ou inválido.

Filho de 21 até 24 anos de idade, se estudante e viver às custas do servidor. (Comprovante de que é estudante)

Filho inválido sem limite de idade. (Laudo Médico)

Observações: Se o seu filho for adotivo e ainda não tiver a certidão de nascimento definitiva, apresentar o Termo de Adoção.

Tratando-se de dependentes excepcionais, para efeito de assistência pré-escolar, será considerada como limite para atendimento a idade mental, correspondente até 6 anos, comprovada mediante laudo médico

TUTELADO / MENOR SOB GUARDA

Tutelado até 21 anos de idade. (Termo de Tutela);

Menor sob guarda até 21 anos de idade (Termo de Guarda).

ENTEADO

Enteado até 21 anos de idade;

Enteado de 21 até 24 anos de idade, se estudante e viver às custas do servidor. (Comprovante de que é estudante).

Enteado inválido de qualquer idade (Laudo Médico);

Por ocasião da entrega deste formulário ao SRH de sua Unidade ou à Diretoria de Recursos Humanos, anexar cópia da certidão de nascimento dos dependentes, quando for o caso e também os demais documentos acima referidos.

DEMAIS DEPENDENTES

O Pai, Mãe, Avós ou Bisavós (Apresentar certidão de casamento ou nascimento e comprovante de dependência econômica);

O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador;

O irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

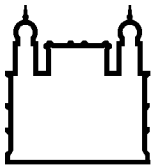
O Cônjuge, companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de cinco anos, ou por período menor se da união resultou filho - Apresenta certidão de casamento ou de união estável e comprovante de dependência econômica.

Para caracterizar a dependência econômica, rendimento do trabalho ou de qualquer outra fonte, inclusive pensão ou provento de aposentadoria recebida pelo referido dependente, não deverá ser em valor superior ao limite de isenção mensal (limite estabelecido pela [Lei nº 11.482/2007, art. 1º](#)).

Declaro serem verdadeiras as declarações por mim aqui prestadas.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Diretoria de Recursos Humanos

Ao Setor de Benefícios - Seben/DARH/Direh/Fiocruz

Assunto: Auxílio Natalidade

Pelo presente solicito a concessão do auxílio-natalidade previsto no [art. 196 da Lei nº 8.112, de 11.12.1990](#), com base na certidão de nascimento em anexo.

Para constar, informo que minha companheira/cônjuge/parturiente não é servidora pública.

Nestes termos,

Pede deferimento.

_____, ____ de _____ de ____ .

Nome e matrícula do Servidor