



DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS - SECAD

"REQUERIMENTO DE SALÁRIO – FAMÍLIA/INSS"**1 – DADOS PESSOAIS**

Nome do(a) Interessado(a):

CPF:

Endereço Residencial:

Município:

UF:

CEP:

Fone/Contato:

2 – DADOS FUNCIONAIS

Secretaria:

Cargo:

Matrícula:

LOTAÇÃO

Remuneração Bruta Mensal:

DEPENDENTES

Nº DE ORDEM	Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

Cópia(s) de documento(s) que comprove o grau de parentesco e/ou dependência econômica do(s) dependente(s), conforme dispõe a legislação específica.

Declaro estar ciente de que deverei comunicar imediatamente, a ocorrência de fatos que determinam a perda do direito ao Salário – Família, sujeitando-me às penalidades previstas em Lei.

_____/_____/_____
Data_____
ASSINATURA DO(A) INTERESSADO(A)

