



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Departamento de Pessoal

ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DE DEPENDENTES
CANCELAMENTO DE DEPENDENTE

Senhor Diretor do Departamento de Pessoal,

Nome:

Ponto:

Lotação:

Ramal:

Requer a Vossa Senhoria o **CANCELAMENTO** do(s) benefício(s) assinalado(s) para o dependente identificado a seguir, cadastrado no Departamento de Pessoal:

BENEFÍCIO(S) A SER(EM) CANCELADO(S)

- Atendimento no Departamento Médico desta Casa.
 Abatimento no Imposto de Renda retido na fonte.
 Recebimento do salário-família.

MOTIVO DO CANCELAMENTO (PREENCIMENTO OBRIGATÓRIO)

DEPENDENTE

NOME:

NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: ____/____/____/____

VÍNCULO DE DEPENDÊNCIA:

- cônjuge companheiro(a)
 filho(a) menor de 21 anos enteado(a) menor de 21 anos
 enteado(a) inválido(a) irmã(o) inválido(a)
 menor de 21 anos sob guarda judicial pai/mãe sem economia própria
 filho(a) ou enteado(a) maior de 21 e menor de 25 anos

Brasília, ____ de ____ de ____.

Assinatura do(a) requerente

DEPES / Coordenação de Secretariado Parlamentar

Autorizo o cancelamento do dependente acima indicado:

Em: ____/____/____

Diretor(a) da Cosec

Este formulário deverá ser entregue nos seguintes setores:

- **Secretário Parlamentar:** Anexo IV, térreo, sala 95 – ramal: 6-7310 e 6-7312;
- **Servidor Requisitado:** Anexo IV, térreo, sala 93 – ramal: 6-7340 e 6-7341.

DIGITADO NO SIGESP

Em ____/____/____ Por: _____