



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
Departamento de Pessoal

**ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DE DEPENDENTES**  
**REATIVAÇÃO DE BENEFÍCIO**

Senhor Diretor do Departamento de Pessoal,

Nome:

Ponto:

Lotação:

Ramal:

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

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

**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

Solicito reaproveitamento do processo nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (citar processo anterior, se houver)

Estou ciente de que o Departamento de Pessoal poderá solicitar atualização da documentação comprobatória do vínculo de dependência, quando necessária para a adequação à legislação pertinente.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente

**DEPES / Coordenação de Secretariado Parlamentar**

Autorizo a reinclusão do dependente acima indicado:

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretor(a) da Cosec

Secretário Parlamentar - Este formulário deverá ser entregue no seguinte setor:  
- Anexo IV, térreo, sala 91 – ramal: 6-7345 e 6-7346.

**DIGITADO NO SIGESP**

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_