



DEFENSORIA PÚBLICA DA  
UNIÃO

## DECLARAÇÃO

*Dependentes*

### IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome

Cargo / Função

Telefone

Cônjuge - Esposo(a)       Companheiro(a)      É dependente econômico  Sim     Não

Nome:

CPF:

Data de Nascimento:

RG:

Órgão Emissor:

Data de Expedição:

É dependente para:  Plano de Saúde       Imposto de Renda

Nome da mãe do dependente:

Filho(a)     Adotado(a)     Enteadado(a)    Tutelado(a)     Menor sob guarda     Curatelado(a)

Nome:

CPF:

Data de Nascimento:

Sexo:  Masculino     Feminino

RG:

Órgão Emissor:

Data de Expedição:

Nome do Cartório:

UF do Cartório:

Nº Registro:

Livro:

Folha:

É dependente para:  Plano de Saúde       Imposto de Renda

Nome da mãe do dependente:

Filho(a)     Adotado(a)     Enteadado(a)    Tutelado(a)     Menor sob guarda     Curatelado(a)

Nome:

CPF:

Data de Nascimento:

Sexo:  Masculino     Feminino

RG:

Órgão Emissor:

Data de Expedição:

Nome do Cartório:

UF do Cartório:

Nº Registro:

Livro:

Folha:

É dependente para:  Plano de Saúde       Imposto de Renda

Nome da mãe do dependente:

Pai       Padrastro

Nome:

CPF:

Data de Nascimento:

RG:

Órgão Emissor:

Data de Emissão:

Nome do Cartório:

UF do Cartório:

Nº Registro:

Livro:

Folha:

É dependente para:  Plano de Saúde       Imposto de Renda

Nome da mãe do dependente:

Mãe       Madrasta

Nome:

CPF:

Data de Nascimento:

RG:

Órgão Emissor:

Data de Emissão:

Nome do Cartório:

UF do Cartório:

Nº Registro:

Livro:

Folha:

É dependente para:  Plano de Saúde       Imposto de Renda

Nome da mãe do dependente:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(local e data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

**Obs: Anexar documentação comprobatória.**