# REQUERIMENTO DE AUXÍLIO NATALIDADE

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** |
| **Nome:**  |
| **CPF:**  |
| **Matrícula Siape:**  | **Telefone:**  |
| **E-mail Institucional:** | **Unidade de Lotação:**  |
| **Cargo Efetivo:** |

|  |
| --- |
| **2. IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE** |
| **Nome do Dependente:** | **Grau de Parentesco:** |
| **Sexo:**  | **Data de Nascimento:**  |
| **CPF do Dependente:**  | **CPF da Mãe do Dependente:** |
| **Nome da Mãe do Dependente:** |

* Este benefício não pode ser recebido cumulativamente pelo(a) cônjuge/companheiro(a);
* É obrigatório anexar certidão de nascimento ou documento que justifique a solicitação.

Declaro que nenhuma vantagem foi ou será percebida sob o mesmo fundamento.

Declaro, **sob as penas da lei**, que as informações prestadas são verdadeiras e comprometo-me a atualizar a DGP sobre qualquer alteração das informações aqui registradas.

Cidade, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do servidor