



Requerimento

INCLUSÃO DE DEPENDENTE (EX-DEPUTADOS – ATO DA MESA Nº 71/2011)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: _____ Ponto: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: UF _____ Cep: _____ - _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Requer a Vossa Senhoria a inclusão do dependente abaixo discriminado:

Dados do dependente:

Nome: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Parentesco: Escolher um tipo de parentesco

Declara, sob pena de responsabilidade, que o dependente:

- Vive sob minha dependência econômica;
- Reside:
 em minha companhia
 em imóvel de minha propriedade ou por mim locado
 na companhia de _____
- permanece solteiro
- não percebe rendimento
- percebe rendimento no valor de R\$ _____, referente a _____
- está relacionado(a) na última declaração de imposto de renda (anexar cópia)
- está desobrigado de apresentar declaração de imposto de renda

Declara, ainda, estar ciente de que a inscrição de dependentes não tem caráter definitivo e que poderão ser efetuadas revisões, bem como exigidas comprovações de quaisquer das declarações apresentadas. Está ciente, também, de que a inexatidão das informações resultará no cancelamento do registro, sem prejuízo das sanções administrativas pertinentes.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Anexar cópia autenticada dos documentos exigidos na [Instrução nº 2/2022](#), conforme o parentesco.
- Protocolar novo requerimento de inclusão para dependente universitário que completar 21 anos de idade (anexar declaração de escolaridade e **último Imposto de Renda onde conste o dependente**).
- Para informações, entrar em contato pelos telefones 3216-7965/7978/7987, pelo e-mail carteiras.prosaude@camara.leg.br ou pela Central de Atendimento no 0800.7292326.

TRAMITAÇÃO

1º. CADASTRO-PRÓ-SAÚDE.UT

Assinatura

Brasília-DF, ___ de _____ de _____