



Requerimento

INCLUSÃO DE DEPENDENTE (FILHO(A) E ENTEADO(A) ENTRE 21 E 33 ANOS)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: _____	Ponto/Matrícula: _____
Lotação: _____	Ramal: _____
Cargo: _____	
Grupo: Escolher um Grupo	

IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

Nome: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: dia/mês/ano Sexo: M F

Parentesco:

Filho(a) entre 21 e 33 anos não estudante

Enteado(a) entre 21 e 33 anos não estudante

1. Requer a Vossa Senhoria, a inclusão do(a) dependente acima discriminado(a) no Programa de Assistência à Saúde – PRÓ-SAÚDE ([Ato da Mesa nº 75/06](#)) e, para tanto, concordo com os termos do [Ato da Mesa nº 125/2016](#), que estabelece contribuição mensal adicional para inclusão de dependentes, na condição de filho/enteado(a) entre 21 e 33 anos não estudante.
2. Declara estar ciente de que a inscrição do dependente 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.

DOCUMENTOS A ANEXAR

- Cópias autenticadas dos documentos probatórios, se for o caso.

TRAMITAÇÃO

1º. Seção Administrativa do Pró-Saúde - SECAD-PROSA

Brasília-DF, Data da solicitação