|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul**  **CNPJ 15.424.948/0001- 41**  *Secretaria de Gestão de Pessoas* |  |

**INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** | | | | | | | | | |
| Nome Completo do Requerente (Servidor ou Pensionista) | | | | | | | | | Matrícula |
|  | | | | | | | | |  |
| CPF | | Estado Civil | e-mail | | | Telefone | | | |
|  | |  |  | | |  | | | |
| Endereço Completo | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Cidade / Estado | | | | | | | CEP | | |
|  | | | | | | |  | | |
| **DEPENDENTES A INCLUIR – PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS -** art. 13 da Lei nº 3.150, de 22 de dezembro de 2005.  (apenas 03 por formulário) | | | | | | | | | |
| Nome Completo do Dependente (não abreviar) | | | | | CPF | | | Escolaridade | |
|  | | | | |  | | |  | |
| Sexo | Tipo da Dependência | | | Data de Nascimento | | | Incluir para Imposto de Renda? | | |
| **( ) M ( ) F** |  | | |  | | | **( ) SIM ( ) NÃO** | | |
| Nome Completo do Dependente (não abreviar) | | | | | CPF | | | Escolaridade | |
|  | | | | |  | | |  | |
| Sexo | Tipo da Dependência | | | Data de Nascimento | | | Incluir para Imposto de Renda? | | |
| **( ) M ( ) F** |  | | |  | | | **( ) SIM ( ) NÃO** | | |
| Nome Completo do Dependente (não abreviar) | | | | | CPF | | | Escolaridade | |
|  | | | | |  | | |  | |
| Sexo | Tipo da Dependência | | | Data de Nascimento | | | Incluir para Imposto de Renda? | | |
| **( ) M ( ) F** |  | | |  | | | **( ) SIM ( ) NÃO** | | |
|  | | | | | | | | | |
| **DEPENDENTES A INCLUIR – SOMENTE PARA INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE** | | | | | | | | | |
| Nome Completo do Dependente (não abreviar) | | | | | CPF | | | Escolaridade | |
|  | | | | |  | | |  | |
| Sexo | Tipo da Dependência | | | Data de Nascimento | | | Incluir para Imposto de Renda? | | |
| **( ) M ( ) F** |  | | |  | | | **( ) SIM ( ) NÃO** | | |

***Obs.:*** *Preencher o formulário digital ou em letra de forma.*

|  |  |
| --- | --- |
| Declaro que ao cessar a dependência apresentada comunicarei ao Tribunal de Contas de Mato Grosso do Sul, ficando sujeito, em caso do não cumprimento, às sanções penais e administrativas cabíveis. | |
| **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** Art. 13 da Lei nº. 3.150, de 22 de dezembro de 2005. | |
| Data | Assinatura do Requerente Segurado (a) |
|  |  |

Av. Des. José Nunes da Cunha, S/N bloco 29 – Parque dos Poderes – CEP 79031-902 – Campo Grande – MS

Mais informações: (67) 3317-1620 – [www.tce.ms.ms.gov.br](http://www.tce.ms.ms.gov.br)