|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE**  |

|  |
| --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** |
| **NOME:**  |
| **MATRÍCULA SIAPE:**  | **CPF:**  |
| **LOTAÇÃO:**  | **Tel: ()**  |

**DADOS PARA EXCLUSÃO**

|  |
| --- |
| Nome do dependente:  |
| CPF:  |
| Tipo de Dependência: |

*Eu, acima identificado, solicito a exclusão da pessoa acima relacionada como meu/minha dependente a partir desta data.*

, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Local e data Assinatura

**OBS:**1. Preencher e assinar o presente formulário.

2. Entregar na *ProGPe* até o dia 10 de cada mês para que a alteração seja processada no mesmo mês do preenchimento do formulário.

Procedimento efetuado na folha de \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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