|  |
| --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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