



FORMULÁRIO DE CADASTRO DE ASSISTÊNCIA A FAMILIAR POR MOTIVO DE SAÚDE/SIASS

Solicitamos que providencie o cadastro dos dados dos meus familiares, visando acesso ao benefício do SIASS. Dependentes permitidos: cônjuge, companheiro (a), pai/mãe, filho (a), padrasto/madrasta, enteado (a) e dependente que conste do assentamento funcional do servidor.

Documentos necessários: CPF, identidade (no caso de pai/mãe, também deve anexar identidade do servidor (a), certidão de casamento ou escritura pública de união estável, certidão de nascimento (caso não tenha identidade) e documentos que comprovem a dependência em casos específicos.

Nome Servidor (a):	
SIAPE:	CPF:
Tel:	Cel:
Email:	

DEPENDENTES

Dependente:	Data Nasc.:	Parentesco:	
Nome da Mãe:			
CPF:	Identidade:	Emissão:	Órgão Exp:

Dependente:	Data Nasc.:	Parentesco:	
Nome da Mãe:			
CPF:	Identidade:	Emissão:	Órgão Exp:

Dependente:	Data Nasc.:	Parentesco:	
Nome da Mãe:			
CPF:	Identidade:	Emissão:	Órgão Exp:

Dependente:	Data Nasc.:	Parentesco:	
Nome da Mãe:			
CPF:	Identidade:	Emissão:	Órgão Exp:

Dependente:	Data Nasc.:	Parentesco:	
Nome da Mãe:			
CPF:	Identidade:	Emissão:	Órgão Exp:

Data: ____/____/____
Assinatura: _____

Formulário de Cadastro de Dependentes para o SIASS

Recebido em: ____/____/____

Ass. Recebedor: _____