

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | |  |
|  | DIRETORIA DO SISTEMA DE PAGAMENTO DE PESSOAL **“REQUERIMENTO DE SALÁRIO – FAMÍLIA/INSS”** | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  | | **1 – DADOS PESSOAIS** | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nome do(a) Interessado(a):** | | | | | **CPF:** | | | | | **Endereço Residencial:** | | | | | **Município:** | **UF:** | **CEP:** | **Fone/Contato:** | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| **2 – DADOS FUNCIONAIS** | | | | | | | |
| **Órgão:** | | | | | | | |
| **Cargo:** | | | | | | **Matrícula:** | |
| **LOTAÇÃO/Regional (Por extenso):** | | | | | | | |
| **Remuneração Bruta Mensal (Por extenso):** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *DEPENDENTES* | | | | | | | |
| **N° DE**  **ORDEM** | | **Nome** | | | **Data de Nascimento** | | **Grau de Parentesco** |
|  | |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  |
|  | |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  |
|  | |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  |
|  | |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  |
|  | |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  |
|  | |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  |
|  | |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Declaro estar ciente de que deverei comunicar imediatamente, a ocorrência de fatos que determinam a perda do direito ao Salário – Família, sujeitando-me às penalidades previstas em Lei.** | | | | | | | |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_  **Data** | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ASSINATURA DO(A) INTERESSADO(A)** | | | |
|  |  | | | | | | | |  |

****

**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**

<NOME DO ÓRGÃO>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | |  |
|  | *INFORMAÇÕES* | | | | | | |  |
| ANEXAR OS SEGUINTES DOCUMENTOS:   * Último contracheque; * Cópia(s) de documento(s) que comprove o grau de parentesco e/ou dependência econômica do(s) dependente(s), conforme dispõe a legislação específica. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| MANIFESTAÇÃO DO SETOR DE TRIAGEM DE DOCUMENTOS | | | | | | |
| Compulsando os assentos funcionais e financeiros do(a) requerente, assim como os documentos anexos ao requerimento, concluímos que:  ( ) O(A) servidor(a) tem direito a \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) quota(s) de Salário-Família, correspondente(s) ao(s) dependente(s) abaixo relacionado(s) a partir das seguintes datas: | | | | | | |
| Nº de  Ordem | Nome | | | Data de Nascimento  ou de Dependência | Grau de  Parentesco | Data Limite |
|  |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  |  | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
|  | | | | | | |
| ( ) Não faz jus ao benefício, por não se enquadrar nas disposições legais, conforme abaixo especificado: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Data | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Informante | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Encarregado do Setor | | |
|  | | | | | | |
| MANIFESTAÇÃO DA COORDENADORIA DA FOLHA DE PAGAMENTO | | | | | | |
| Com base na informação fornecida pelo Setor de Triagem de Documentos desta Diretoria:  ( ) DEFIRO o pedido do(a) requerente, concedendo-lhe Salário-Família/INSS correspondente(s) a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) dependente(s), acima relacionado(s), devendo ser incluído(s) na folha de pagamento do mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.  ( ) INDEFIRO o pedido do(a) requerente, por falta de amparo legal. | | | | | | |
| \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Data | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenadora | | | |
|  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |