

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | 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 deOrdem | Nome | Data de Nascimentoou de Dependência | Grau deParentesco | 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 |
|  |  |
|  |  |  |