



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRAD/DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS  
Campus Universitário Petrônio Portela - SG- Bairro Ininga – 64.049-550 – Teresina/PI  
Fone (086) 215-5593 – Fax (086) 215-5594  
[E-mail-drh@ufpi.br](mailto:E-mail-drh@ufpi.br)

**REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO PLANO DE SAÚDE**

Nome do Declarante: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Em obediência à Legislação (Decreto nº 4978/2004, modificado pelo Decreto nº 5010/2004, e Portaria Normativa nº 03/2009-SRH/MPOG), venho pelo presente informar-lhes, como encargo(s) de família(s) abaixo(s) relacionado(s), conforme documentação anexa:

Ordem	Nome do Dependente	Relação de Dependência	Dt/Nascimento

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V. V<sup>a</sup> (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

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

\_\_\_\_\_  
assinatura

**Lançado no SIAPE**  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura