



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL  
DIRETORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS**



**INCLUSÃO DE DEPENDENTE – ENTEADO(A)**

**I-Dados do Requerente**

|                  |                 |                   |        |
|------------------|-----------------|-------------------|--------|
| Nome completo:   |                 | SIAPE:            |        |
| Posto/Graduação: | Identidade(RG): |                   | CPF:   |
| Lotação:         | Estado Civil:   | Data de Admissão: |        |
| Filiação:        |                 |                   | SIGRH: |
| Endereço:        |                 | Telefone:         |        |

**II-Dados do Beneficiário (dependente a ser incluído)**

|   |    |                |                    |          |
|---|----|----------------|--------------------|----------|
| Nome Completo:                              |    | DATA DE NASC.: | Estado Civil:      |          |
| Identidade (RG):                            |    | CPF:           | Grau de parentesco |          |
| Título de Eleitor:                          | UF | Zona:          | Seção              | Emissão: |
| Registro Nasc./Casamento (n.º Livros fls.): |    |                |                    |          |

**III- Dados do Beneficiário (dependente a ser incluído)**

|   |    |                     |                    |          |
|---|----|---------------------|--------------------|----------|
| Nome Completo:                              |    | DATA DE NASCIMENTO: | Estado Civil:      |          |
| Identidade (RG):                            |    | CPF:                | Grau de parentesco |          |
| Título de Eleitor:                          | UF | Zona:               | Seção              | Emissão: |
| Registro Nasc./Casamento (n.º Livros fls.): |    |                     |                    |          |

Ao Diretor(a) de Inativos e Pensionistas do CBMDF, requer a Vossa Senhoria conceder-me, referente aos beneficiários mencionado no item I, II e III, na forma da Lei, os seguintes benefícios:

- 1- Reconhecimento de Dependência junto ao CBMDF..... ( X )SIM ( )NÃO;
- 2- Pagamento de Assistência Pré-escolar..... ( )SIM ( X )NÃO;
- 3- Pagamento de Auxílio-Natalidade ..... ( )SIM ( X )NÃO;

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, em caráter reservado, autorizando sua confirmação.

É a 1ª vez que requer.

Brasília-DF, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e matrícula do(a) requerente.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: PARA INCLUSÃO DE ENTEADO(A)

- 1- REQUERIMENTO PADRÃO PREENCHIDO E ASSINADO CONFORME IDENTIDADE;
- 2- CÓPIA DO RG e CPF DO MILITAR;
- 3- CÓPIA DO RG e CPF DA MÃE;
- 4- CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO ENTEADO(A); e
- 5- CÓPIA DO RG E CPF DO ENTEADO(A).