



UNITINS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO TOCANTINS

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE FINANÇAS
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoal
Coordenadoria de Lotação e Movimentação de Pessoas

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

(IDENTIFICANDO A MATRÍCULA NA CERTIDÃO DE NASCIMENTO):

Nº do Serviço de Registro Civil		Tipo de Certidão		Dígito Verificador				
999999	99	99	9999	9	99999	999	9999999	99
Identifica Cartório	Identifica Acervo	Ano	Número do Livro	Número da Folha	Número do Termo			

DADOS DO SERVIDOR:

Matrícula	Nome:
Possui Dependentes?	SIM () NÃO ()

DADOS DOS DEPENDENTES:

Nome:			Data Nascimento	CPF
Cartório:	Acervo:	Número do Serviço:	Ano:	Tipo de Certidão
Número do Livro	Número da Folha	Número do Termo	Dígito Verificador	Data de Emissão
Município de Nascimento/Estado		Município de Registro/Estado		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grau de Parentesco	Dependente IR ⁽¹⁾ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Dependente SF S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Recebe Pensão S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe		Nome do Pai		

Nome:			Data Nascimento	CPF
Cartório:	Acervo:	Número do Serviço:	Ano:	Tipo de Certidão
Número do Livro	Número da Folha	Número do Termo	Dígito Verificador	Data de Emissão
Município de Nascimento/Estado		Município de Registro/Estado		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grau de Parentesco	Dependente IR ⁽¹⁾ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Dependente SF S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Recebe Pensão S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe		Nome do Pai		

Nome:			Data Nascimento	CPF
Cartório:	Acervo:	Número do Serviço:	Ano:	Tipo de Certidão
Número do Livro	Número da Folha	Número do Termo	Dígito Verificador	Data de Emissão
Município de Nascimento/Estado		Município de Registro/Estado		
Sexo	Grau de Parentesco	Dependente IR ⁽¹⁾	Dependente SF	Recebe Pensão

PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE FINANÇAS
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoal
Coordenadoria de Lotação e Movimentação de Pessoas

M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
Nome da Mãe						Nome do Pai									
Nome:						Data Nascimento			CPF						
Cartório:		Acervo:		Número do Serviço:		Ano:		Tipo de Certidão							
Número do Livro		Número da Folha		Número do Termo		Digito Verificador		Data de Emissão							
Município de Nascimento/Estado						Município de Registro/Estado									
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Grau de Parentesco		Dependente IR ^(*) S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Dependente SF S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Recebe Pensão S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>							
Nome da Mãe						Nome do Pai									

Nome:						Data Nascimento			CPF		
Cartório:		Acervo:		Número do Serviço:		Ano:		Tipo de Certidão			
Número do Livro		Número da Folha		Número do Termo		Digito Verificador		Data de Emissão			
Município de Nascimento/Estado						Município de Registro/Estado					
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Grau de Parentesco		Dependente IR ^(*) S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Dependente SF S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Recebe Pensão S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Nome da Mãe						Nome do Pai					

(*) para o(s) dependente(s) em sendo estudante, necessário se faz a comprovação através de documento autêntico da Instituição Escolar em que o dependente está vinculado(a), anualmente, obrigatoriamente renovada anualmente.

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Eu, _____, brasileiro (a), _____ (estado civil), portador (a) da carteira de identidade nº _____, inscrita(o) no CPF nº _____, servidor(a) na Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS, exercendo do cargo/função de _____:

DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações dos dados constantes acima são verdadeiras e autênticas (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Fico ciente por meio deste documento, que a falsidade da declaração configura crime previsto no art. 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei.

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura