



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS
E SAÚDE OCUPACIONAL

CADASTRO OU
ATUALIZAÇÃO
DE VINCULADO

(ASSINALAR COM "X")

- INCLUIR VINCULADO/RELAÇÃO VINCULAÇÃO ALTERAR NOME VINCULADO
 ALTERAR DADOS PESSOAIS (VINCULADO) ALTERAR RELAÇÃO VINCULAÇÃO
 CANCELAR RELAÇÃO/NATUREZA VINCULAÇÃO INFORMAR FALECIMENTO/DESAPAREC. JUDICIAL

DEFENSOR(A) / SERVIDOR(A)

MADEP/MASP: _____

NOME: _____

DADOS PESSOAIS DO VINCULADO (Dependente)

IDENTIFICAÇÃO: _____ (NÃO PREENCHER, GERADO PELO SISTEMA)

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____

SEXO: MASCULINO FEMININO

NATALIDADE: _____ UF: _____ CPF _____ - _____

ESTADO CIVIL:

- SOLTEIRO(A) CASADO(A) SEPARADO(A) JUDICIALMENTE VIÚVO(A) DIVORCIADO(A) JUDICIALMENTE

DEFICIÊNCIA: para os vinculados de deficiência de 01 a 05 não é exigido o preenchimento do Grau de Instrução. Para os demais, é obrigatório:

- 01- Insanidade Mental 06- Múltipla
 02- Auditiva – Surdo 07- Orgânica
 03- Auditiva – Parcialmente Surdo 08- Visual - Cego
 04- Física 09- Visual – Parcialm. Cego
 05- Mental – Síndrome “Down” - Autismo

GRAU DE INSTRUÇÃO: não preencher para menores de 7 (sete) anos de idade:

- Analfabeto Superior completo
 Até 4ª série incompleta Especialização /Aperfeiçoamento (Latu Sensu)
 Até 4ª série completa Mestrado (Stricto Sensu)
 De 5ª a 8ª série incompleta Doutorado (Stricto Sensu)
 1º grau completo Pós Doutorado (PHD)
 2º grau completo
 Superior incompleto

DATA DO FALECIMENTO / DESAPARECIMENTO JUDICIAL: ____/____/____

INFORMAR PARA ESTRANGEIRO

NACIONALIDADE:

- Brasileira Brasileira Naturalizado Brasileira Equiparada Brasileira Índio Estrangeira

País de origem: _____ Ano de chegada ao Brasil: _____ Data da naturalização: ____/____/____

PARENTESCO / VINCULAÇÃO / NATUREZA

PARENTESCO:

- Cônjuge Enteadado(a) Ex-Cônjuge Bisneto(a)
 Companheiro(a) Irmão(ã) Sem parentesco Avô(ó)
 Filho(a) Pais Neto(a) Bisavô(ó)

TIPO DE VINCULAÇÃO:

- Abatimento de Imposto Renda

NATUREZA	DATA DE INÍCIO	DATA RESTABELECIMENTO	DATA PEDIDO DE CANCELAMENTO
	/ /	/ /	/ /

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL / DECLARANTE:

Assumo sob as penas da Lei o compromisso de comunicar à Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, fato ou circunstância que determine a perda dos direitos declarados e que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade perante a fiscalização. (DECRETO FEDERAL 3000/1999 E LEI FEDERAL 9250/95).

_____/_____/_____
DEFENSOR(A) / SERVIDOR(A) DATA

ASSINATURA DO CÔNJUGE / COMPANHEIRO(A)

_____/_____/_____
ASSINATURA DATA

PARA USO EXCLUSIVO DA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE OCUPACIONAL

DATA DA ALTERAÇÃO:

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA ALTERAÇÃO:

MASP/MATR:

_____/_____/____