|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DA SOLICITAÇÃO (assinalar) | | |
| **Inclusão de Dependente ( )** | **Alteração de Dados ( )** | **Exclusão de Dependente ( )** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DADOS DO TITULAR | | |
| **Nº USP** | **Nome do (a) servidor (a)** | **Unidade** |
|  |  |  |
| **Endereço** |  |  |
| **Telefone** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DADOS DO DEPENDENTE | | | | | |
| **Grau de Parentesco** | | | **Nome por extenso** | | |
|  | | |  | | |
|  | | | | | |
| **Sexo** | **Data de nascimento** | | **Nome da mãe** | | |
|  |  | |  | | |
|  | | | | | |
| DOCUMENTAÇÃO DO DEPENDENTE | | | | | |
| **Documento de Identificação (tipo)** (RG, CPF, Certidão de Nascimento etc.) | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | | |
| **Órgão Expedidor** | | **Estado** | **Localidade/Comarca** | **Data de Expedição** | |
|  | |  |  |  | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **Número do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Tipo de Dependência** (Auxílio-creche, Imposto de Renda, HU, etc.) | | | | | |
|  | | | | | |

Declaro que assumo inteira responsabilidade pela exatidão e veracidade das informações prestadas e comprometo-me a comunicar qualquer alteração que venha a ocorrer para a devida atualização cadastral.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do servidor