|  |
| --- |
| 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