



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