



CADASTRO DE DEPENDENTES

_____ declara, para os fins abaixo descritos, sob as penas da lei, que:

- Possui o(s) seguinte(s) dependente(s) *
 Não possui dependente

*Anexar cópia do documento (certidão de nascimento, casamento, etc.) conforme a situação. Apresentar original para autenticação. O CPF é obrigatório para todas as situações, inclusive recém-nascido.

Compromete-se, também, a atualizar a presente declaração sempre que houver qualquer alteração na relação e dados dos dependentes.

DEPENDENTES:

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO (marcar apenas os benefícios que permanecem)	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO (exclui o benefício do cadastro e encerra a dependência)	
Nome do dependente		CPF	
<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nome da Mãe		
Data de nascimento	Nacionalidade	Grau de parentesco	RG – Órgão Expedidor/UF – Data Expedição
<input type="checkbox"/> Cert. Nascimento <input type="checkbox"/> Cert. Casamento	Nome do cartório		
Cód. único nova certidão ou UF do cartório – Nr. de registro – Folha – Livro			

BENEFÍCIOS SOLICITADOS:

- Auxílio Natalidade
 Licença para Tratamento de Saúde em Pessoa da Família
 Auxílio pré-escolar
 Imposto de Renda
 Beneficiário de pensão por morte

____/____/____
Data

Assinatura do Servidor

Para Plano de Saúde e Plano Odontológico, procure diretamente a COGERH do câmpus (em Curitiba procure a DIBEN – Divisão de Benefícios).

Uso Exclusivo da COGERH: CAD: ____/____/____ R: _____ FOLHA: ____/____/____ R: _____	Local e data: _____ Assinatura da unidade de RH
--	---