



**DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**FORMULÁRIO de CADASTRAMENTO de BENEFICIÁRIOS
DEPARTAMENTO de SAÚDE**

1. Cadastro de: () DOCENTE (**X**) SERV. TÉC. ADMINISTRATIVO () ALUNO

1.1 Nome: _____

1.2 Número funcional: _____

1.3 Unidade: **Prefeitura do Campus USP de Ribeirão Preto**

1.4 Regime de contrato com a USP: () AUTARQUIA () CLT () CLT – Lei 200/74

1.5 Curso matriculado na USP (somente para alunos): () SEMESTRAL () ANUAL

2. DEPENDENTE a ser cadastrado:

2.1 Nome: _____

2.2 Data Nascimento: ____/____/____ 2.3 Idade: _____

2.4 Sexo: () Fem. () Masc. 2.5 Nacionalidade: _____

2.6 Grau de parentesco: _____

2.7 Endereço: _____

2.8 Cidade: _____ 2.9 Estado: _____

2.10 CEP: _____ 2.11 Telefone: () _____

2.12 CIC: _____ 2.13 RG: _____

2.14 Vínculo empregatício? () SIM () NÃO

2.15 Aposentadoria ou Renda? () SIM () NÃO

3. Cópia de documento anexado:

() Certidão de Casamento

() Certidão de Nascimento/RG

() Crachá USP atualizado

() Declaração IR, incluindo cópia do Recibo de envio à Rec. Federal

() Carteira de Trabalho

() Declaração emitida pelo INSS

() Comprovante de benefício

() Outros (conforme disposto em “Critérios de Inclusão de Dependentes...”)

Data ____/____/____

Assinatura do Titular USP

PARECER do DEPARTAMENTO DE SAÚDE:

() Cadastrar como BENEFICIÁRIO

() INDEFERIDO

São Paulo, ____/____/____

Seção de Auditoria e Cadastro