



DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FORMULÁRIO de CADASTRAMENTO de BENEFICIÁRIOS  
DEPARTAMENTO de SAÚDE

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

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Número funcional / Aluno USP: \_\_\_\_\_

1.3 Unidade: \_\_\_\_\_

1.4 Regime de contrato com 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 do IR, incluindo cópia do Recibo de envio à Receita Federal

( ) Carteira de Trabalho

( ) Declaração emitida por 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