



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE

FORMULÁRIO de CADASTRAMENTO de BENEFICIÁRIOS

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