



**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