



DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FORMULÁRIO de CADASTRAMENTO de BENEFICIÁRIOS
DEPARTAMENTO de SAÚDE

1. Cadastro de: () DOCENTE () SERV. TÉCN. ADMINISTRATIVO (X) 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): (X) 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



DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

“CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES DE
ALUNOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO”

Cônjuge:

- Cópia de Certidão de Casamento
- Cópia de RG, CPF e Carteira Profissional do (a) dependente a ser cadastrado (a); Declaração emitida por INSS de que o dependente pleiteado (a) não recebe nenhum tipo de benefício ou auxílio do Órgão, e cópia de Declaração de Imposto de Renda do (a) aluno (a), onde conste o (a) pleiteado (a) como dependente (ano de exercício).

Companheira (o):

- Cópias de Certidão de Nascimento do (a) filho (a) em comum e do RG da (o) companheira (o). Não havendo filho em comum, Declaração de União Estável ou Convívio Marital emitida por aluno e registrada em Cartório.
- Cópia de RG, CPF e Carteira Profissional do dependente pleiteado; Declaração emitida por INSS de que o (a) dependente pleiteado (a) não recebe nenhum tipo de benefício ou auxílio do Órgão, e cópia da Declaração de Imposto de Renda do aluno, onde conste o (a) pleiteado (a) como dependente (ano de exercício).
- Cópia de Certidão de Nascimento ou RG do dependente pleiteado.

Filho (a) menor de 18 anos, inclusive adotivo (a):

- Cópia de Certidão de Nascimento ou RG do dependente pleiteado.
- Cópia de Termo de Guarda emitido por Juizado Competente. Caso o processo de adoção não esteja concluído, deverá ser apresentada cópia de Termo de Guarda Provisória.

OBS: As cópias de documentos solicitados, depois de confrontadas com original, deverão estar autenticadas por funcionário da Seção de Pessoal ou de Alunos da Unidade, devidamente identificado, responsável por recebimento e encaminhamento da documentação ao Departamento de Saúde.