

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE CONDIÇÃO DE DEPENDENTE PARA ESTUDANTE

Relação de Dependência	Critérios regulamentares	Documentação
Filho estudante	Filho solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, estudante universitário, de 21 a 24 anos de idade.	- Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual.
Enteado estudante	Enteado solteiro, com renda própria bruta mensal de até 1,1 salário mínimo, sob guarda judicial do empregado titular, estudante universitário, de 21 a 24 anos de idade.	- Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual; - Decisão judicial de guarda ao empregado titular, com efeitos vigentes.
Estudante sob guarda, tutela ou curatela	Jovem sob guarda, tutela ou curatela do empregado titular, solteiro, com renda própria mensal de até 1,1 salário mínimo, estudante universitário, de 21 a 24 anos.	- Comprovante de matrícula em curso universitário no semestre atual; - Decisão judicial de guarda, tutela ou curatela ao empregado titular, com efeitos vigentes.

Nome do Titular:			
Matrícula funcional:		CPF:	
E-mail pessoal:			
Telefone residencial:		Telefone celular:	
Logradouro:			N°:
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Cidade:	UF:		

1º Dependente:

Nome completo:			
Nome Social (se houver no CPF):			
Relação de dependência (vide quadro acima):			
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: / /		
CPF:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		

2º Dependente (se for o caso):

Nome completo:			
Nome Social (se houver no CPF):			
Relação de dependência (vide quadro acima):			
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: / /		
CPF:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		

Declaro que:

- Conheço e estou de acordo com os termos do Regulamento do PAS/SERPRO;
- Meu(s) dependente(s) cumpre(m) todos os critérios regulamentares mencionados no quadro acima;
- Anexeï a este formulário a documentação exigida para alteração da condição do(s) dependente(s), conforme quadro acima;
- Estou ciente que a alteração solicitada está condicionada ao atendimento das disposições regulamentares vigentes e à apresentação da documentação completa e correta exigida.

Data do requerimento: / /

Assinatura digital ou manuscrita do Beneficiário Titular