

**PAS/SERPRO
GRUPO II**

TERMO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE

Pelo presente Termo, o Titular (Ex-empregado) abaixo identificado, solicita a inclusão do(s) Beneficiário(s) descrito(s) e declara estar ciente e de acordo com seu Regulamento, bem como assume o pagamento integral do(s) valor(es) da(s) mensalidade(s) correspondente(s) a(s) sua(s) faixa(s) etária(s), referente(s) a sua(s) participação(ões) financeira(s).

I – DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

NOME:		
MATR-DV:	LOTAÇÃO:	TEL/RAMAL:

II - INCLUSÃO: _____/_____(MÊS/ANO)

III – BENEFICIÁRIO A INCLUIR:

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: ___/___/___	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Nº CNS:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:		
RG:	Número:	
Emissão: ___/___/___	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: ___/___/___	UF Cartório:	

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: ___/___/___	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Nº CNS:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:		
RG:	Número:	
Emissão: ___/___/___	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: ___/___/___	UF Cartório:	

Assinatura do Ex-empregado

_____/_____/_____
Data da Assinatura

Adequação à RN 279 da ANS

Assinatura OLGP

_____/_____/_____
Data do Recebimento