

**PAS/SERPRO
GRUPO I**

TERMO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE

Pelo presente Termo, o empregado abaixo identificado, solicita a inclusão dos Beneficiários descritos e declara estar ciente e de acordo com seu Regulamento, bem como autoriza o desconto em folha de pagamento referente às sua participação financeira.

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:	
Grau parentesco:	Grau dependência:	
Dependência especial:	Grau benefício:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:		
RG:	Numero:	
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:	
Grau parentesco:	Grau dependência:	
Dependência especial:	Grau benefício:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:		
RG:	Numero:	
Emissão: ____/____/____	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: ____/____/____	UF Cartório:	

Assinatura do Empregado

_____/_____/_____
Data da Assinatura

Assinatura OLGP

_____/_____/_____
Data do Recebimento