

Anexo IX
PAS/SERPRO
GRUPO I e II
DECLARAÇÃO
DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA DE FILHO

Eu, _____, matrícula _____,
declaro, sob as penas da Lei e para os devidos fins que _____
_____, beneficiário(a) do Plano de Assistência à
Saúde – PAS/SERPRO na condição de filho(a)/agregado(a) é solteiro(a) e não possui
renda própria conforme estabelecido no Regulamento do Plano.

Assinatura do Empregado

_____/_____/_____
Data da Assinatura

Assinatura OLGP

_____/_____/_____
Data do Recebimento