

**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**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura OLGP**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data do Recebimento**