



Serviço Autônomo
de Água e Esgoto



CADASTRO DE DEPENDENTES

DADOS DO SERVIDOR	
Nome:	Matrícula:
Local de Trabalho:	Telefone:

Venho pelo presente informar como meus dependentes as pessoas abaixo relacionadas:

RELAÇÃO DE DEPENDENTES			
Nome:			Nascimento: / /
CPF:	Parentesco:	Dedução p/Imposto de Renda <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mãe:	Motivo		Funserv
Pai:	Imposto de Renda		<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Invalidez		
		<input type="checkbox"/> Nível superior	

Nome:			Nascimento: / /
CPF:	Parentesco:	Dedução p/Imposto de Renda <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mãe:	Motivo		Funserv
Pai:	Imposto de Renda		<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Invalidez		
		<input type="checkbox"/> Nível superior	

Nome:			Nascimento: / /
CPF:	Parentesco:	Dedução p/Imposto de Renda <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mãe:	Motivo		Funserv
Pai:	Imposto de Renda		<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Invalidez		
		<input type="checkbox"/> Nível superior	

Nome:			Nascimento: / /
CPF:	Parentesco:	Dedução p/Imposto de Renda <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mãe:	Motivo		Funserv
Pai:	Imposto de Renda		<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Invalidez		
		<input type="checkbox"/> Nível superior	

Declaro que, sob as penas da lei, as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, excluindo este Órgão de qualquer incumbência perante a fiscalização e que ocorrendo alterações nos dependentes devo renovar esta declaração.

Sorocaba, _____ de _____ de _____

ASSINATURA