



Fundo Especial de Previdência Social

JAGUARIÚNA PREVIDÊNCIA

Rua Cel. Amâncio Bueno, nº 735 – Centro – Jaguariúna/SP – 13820-000

Tel. (19) 3837-3517 – 3847-1225

DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE – UNIÃO ESTÁVEL

(companheiro ou convivente do mesmo sexo)

Eu, _____, brasileiro (a),
estado civil: _____, ocupante do cargo público de
_____, inscrito na matrícula nº _____,
portador(a) do RG nº _____ SSP/SP e do CPF nº _____,
residente e domiciliado na _____
nº _____, complemento _____, na cidade de
_____/SP, CEP _____.

DECLARO, para fins de recadastramento, que a pessoa abaixo relacionada é meu dependente em primeiro grau:

Nome: _____
portador(a) do RG nº _____ SSP/SP e do CPF nº _____

na condição de:

- () – Companheiro(a)
() – Convivente do mesmo sexo

Outrossim, **DECLARO** ciência de que esta inclusão não gera direito automático ao recebimento de eventual pensão por morte, sendo utilizado apenas para fins de recadastramento.

Por fim, **DECLARO** ciência de que para concessão do referido benefício previdenciário, o dependente deve apresentar toda documentação exigida em lei nos termos da LC 209/2012 c/c Decreto 3148/2013.

Jaguariúna, aos _____ de _____ de 20178

Assinatura do servidor segurado