

_____ (nome), matrícula nº _____,
lotado(a) no(a) _____, portador do documento de identidade nº
_____, expedido pelo _____ CPF nº _____, residente e domiciliado na
_____,
Município _____, UF _____, CEP, _____,
DECLARO para todos os fins de direito junto à Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde -
CAPESESP, que assumo integralmente o custeio do plano do Sr. (a) _____ (nome).

Declaro, também, ter conhecimento de que a CAPESESP utilizará a supracitada informação para inscrever o referido dependente
como meu/minha beneficiário no CAPESAÚDE, nos termos do disposto no art. 7º, Parágrafo Quinto do Regulamento do Plano de
Benefícios Assistenciais da CAPESESP.

Me comprometo a comunicar à CAPESESP qualquer alteração nas informações prestadas, respondendo civil e criminalmente (art.
299, Código Penal) pelo teor desta declaração, arcando com o ônus da reclassificação de meu dependente para a categoria de
dependente-agregado e, por conseguinte, reconhecendo a dívida decorrente da reclassificação de dependência junto ao CAPESAÚDE
como líquida, certa e exigível.

_____ de _____ de _____
Local e data

Assinatura dotitular

Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais

Artigo 7º - Parágrafo Quinto - Serão admitidas inscrições de BENEFICIÁRIOS que não sejam reconhecidos como DEPENDENTES NATURAIS pelos Patrocinadores, desde que o TITULAR assumo também o custeio da parcela Patronal.

CÓDIGO PENAL

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante: PENA - Reclusão, de 1 a 5 anos.