

6.21 ANEXO XXI – SAÚDE CAIXA - DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA – FILHO/ENTEADO, COM IDADE A PARTIR DE 21 ANOS, INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO OU CURATELADO (NÃO ENQUADRADO COMO FILHO/ENTEADO) COM IDADE A PARTIR DE 18 ANOS

Nome do proposto dependente: _____

Proposto dependente na condição de:

 filho e/ou enteado solteiro, com idade a partir de 21 anos, incapacitado permanentemente para o trabalho, como dependente direto. curatelado (não enquadrado como filho ou enteado), com idade a partir de 18 anos, com deficiência incapacitante e permanente, **como dependente indireto**. (Somente manutenção de inscrição).

Eu, _____, Titular do Saúde CAIXA, declaro perante à CAIXA, que o proposto dependente, acima identificado, preenche as condições a seguir:

 é meu dependente econômico no IR; não possui renda superior a 1 salário mínimo, exceto decorrente de pensão alimentícia não é proprietário de empresa; não é sócio de sociedade empresarial; não possui bem imóvel; o único imóvel que possui é residencial e utilizado como sua moradia.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

_____, _____ de _____ de _____
Local/Data_____
(Nome e assinatura do Titular)**Testemunhas:**_____
(Nome e assinatura da testemunha)

CPF: _____

(Nome e assinatura da testemunha)

CPF: _____