

6.20 ANEXO XX – SAÚDE CAIXA - DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA – FILHO OU ENTEADO NA CONDIÇÃO DE DEPENDENTE INDIRETO

Nome do proposto dependente: _____

Proposto dependente na condição de:

 filho ou enteado, solteiro, a partir de 21 anos e menor de 24 anos, como dependente indireto

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 R\$1.800,00, proveniente de qualquer fonte, exceto os provenientes de pensão alimentícia; não é proprietário de empresa; não é sócio de sociedade empresarial; não possui registro como MEI;

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: _____