

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

(para fins de utilização dos Serviços Médicos e Complementares)

Eu,, número USP
....., aluno de () Graduação - () Pós-Graduação da Unidade
.....,
DECLARO, para fins de assistência à saúde na Universidade de São Paulo, que
.....,
nascido(a) em/...../....., é meu dependente na seguinte categoria:

- Cônjuge
- Companheiro (a)
- Filho solteiro, menor de 18 anos de idade

Declaro ainda, que tomei conhecimento dos requisitos de enquadramento estabelecidos na Resolução nº 7043, de 17/03/15, regulamentado pela Portaria SAU nº 01, de 27/03/2015 e comprometo-me a comunicar qualquer alteração que modifique as condições de enquadramento do dependente acima.

..... de de

assinatura do servidor

SAU / Departamento de Assistência à Saúde

Cadastro efetuado em:/...../..... - Por:

Observações:

.....