DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

# (para fins de utilização dos Serviços Médicos e Complementares)

Eu, ............................................................................................................., número USP

...................................., aluno de ( ) Graduação - (X) Pós-Graduação da Unidade

Instituto de ciências Biomédicas, 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.

São Paulo, .......... de ................................... de .............

assinatura do aluno

# SAU / Departamento de Assistência à Saúde

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

Observações: .....................................................................................................................

............................................................................................................................................