

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

(para fins de utilização dos Serviços Médicos e Complementares)

Eu,, número funcional, servidor lotado na Unidade,, Dpto/Seção, 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 21 anos de idade
- Menor sob guarda judicial ou tutelado, menor de 21 anos
- Filho solteiro, maior de 21 anos e menor de 24 anos, cursando estabelecimento de nível superior e dependente econômico do servidor
- Filho, de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho

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:

.....