**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: .....................................................................................................................

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