

Hospital Universitário

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

(para fins de utilização dos Serviços Médicos e Complementares)

Eu, Anna Carolina Maio dos Santos Valim, número USP 12507550, aluno de graduação da Unidade Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais, DECLARO, para fins de assistência à saúde na Universidade de São Paulo, que Karolina Bittencourt, nascido(a) em 18/06/2001, 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 Aluno: _____

SAU/Departamento de Assistência à Saúde

Cadastro efetuado em: ____/____/____ Por: _____

Observações:

