

# 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 aluno

---

**SAU / Departamento de Assistência à Saúde**

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

Observações: .....

.....