



**DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

OF. Circular DS nº 44

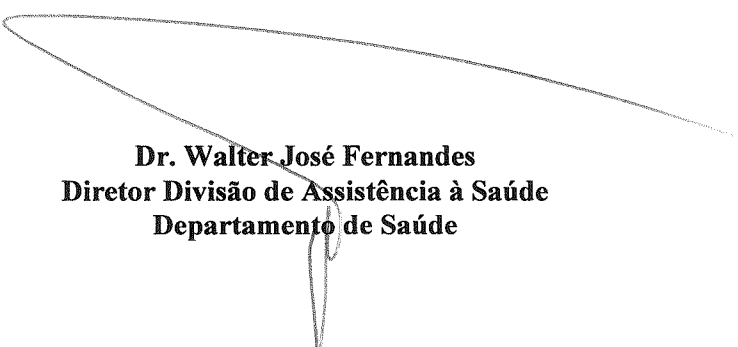
25 de agosto de 2010.

Senhor(a) Dirigente,

Estamos encaminhando a Vossa Senhoria, para ciência e informe à Seção de Pessoal / Alunos de Graduação e Pós Graduação, novo modelo de “**Formulário**” destinado ao cadastramento de docentes, servidores técnicos administrativos, alunos, e respectivos dependentes, para utilização da Assistência Médica disponibilizada por Departamento de Saúde, tanto na capital, através de UBAS e Hospital Universitário, como no Interior, através de UBAS e Prestadora de Assistência Médica contratada, conforme normas e critérios vigentes.

As solicitações de cadastramento deverão ser encaminhadas ao Departamento de Saúde, através do novo formulário, em documento protocolado ou no processo do interessado.

Atenciosamente,



Dr. Walter José Fernandes
Diretor Divisão de Assistência à Saúde
Departamento de Saúde



**DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**FORMULÁRIO de CADASTRAMENTO de BENEFICIÁRIOS
DEPARTAMENTO de SAÚDE**

1. Cadastro de: () DOCENTE () SERV. TÉC. ADMINISTRATIVO () ALUNO
- 1.1 Nome: _____
- 1.2 Número funcional / Aluno USP: _____
- 1.3 Unidade: _____
- 1.4 Regime de contrato com USP () AUTARQUIA () CLT () CLT - Lei 200/74
- 1.5 Curso matriculado na USP (somente para alunos): () SEMESTRAL () ANUAL
2. DEPENDENTE a ser cadastrado:
- 2.1 Nome: _____
- 2.2 Data Nascimento ____/____/____ 2.3 Idade: _____
- 2.4 Sexo () Fem. () Masc.
- 2.5 Nacionalidade: _____
- 2.6 Grau de parentesco: _____
- 2.7 Endereço: _____ 2.8 Cidade: _____
- 2.9 Estado: _____ 2.10 CEP: _____ 2.11 Telefone: _____
- 2.12 CIC: _____ 2.13 RG: _____
- 2.14 Vínculo empregatício? () SIM () NÃO
- 2.15 Aposentadoria ou Renda? () SIM () NÃO
3. Cópia de documento anexado:
- () Certidão de Casamento
 - () Certidão de Nascimento/ RG
 - () Crachá USP atualizado
 - () Declaração do IR, incluindo cópia do Recibo de envio à Receita Federal
 - () Carteira de Trabalho
 - () Declaração emitida por INSS
 - () Comprovante de benefício
 - () Outros (conforme disposto em " Critérios de Inclusão de Dependentes...)

Data ____/____/____

Assinatura do Titular USP

PARECER do DEPARTAMENTO DE SAÚDE

- () Cadastrar como BENEFICIÁRIO
- () INDEFERIDO

São Paulo, ____/____/____

Seção de Auditoria e Cadastro