

**DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA – ESTUDANTE –  
FILHO / ENTEADO / MENOR SOB GUARDA**

O(A) Segurado(a)/Pensionista \_\_\_\_\_,  
matriculado(a) sob o nº \_\_\_\_\_ declara sob as penas da lei, a fim de renovação de inscrição  
para Assistência à Saúde, junto ao IPSM, que seu(sua) filho(a)/enteado(a)/menor sob guarda  
\_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no  
CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_

É solteiro(a)

Não exerce atividade remunerada

Vive às expensas deste(a) segurado(a)

É estudante de:    2º Grau                      Pré-Vestibular                      Curso Superior

ANEXOS:

Declaração expedida pelo estabelecimento de ensino

Certidão de nascimento com data de expedição recente

Localidade

Data:

Assinatura do Requerente:

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO — ASSISTÊNCIA À SAÚDE — GRUPO FAMILIAR  
DISTINTO**

Eu, \_\_\_\_\_, pensionista matriculado(a) sob o nº  
\_\_\_\_\_, na condição de \_\_\_\_\_ do(a) ex segurado(a)  
\_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, autorizo o IPSM a proceder ao  
desconto, em minha cota de pensão, de quaisquer despesas referentes a Assistência à Saúde e compra de  
medicamentos que forem apuradas após a liberação da dependência econômica que solicitei para o meu  
filho(a)/enteado(a)/menor sob guarda/irmão(ã) \_\_\_\_\_, matriculado(a) sob  
o nº \_\_\_\_\_.

Localidade

Data:

Assinatura do Requerente: