

**DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA – ESTUDANTE – FILHO/ENTEADO (de 21 a 24 anos de idade) MENOR SOB GUARDA (de 18 a 24 anos de idade)**

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: