



GABINETE  
DO  
REITOR

## ANEXO I

São Paulo,

Ao docente \_\_\_\_\_

Informarmos que Vossa Senhoria, depois de cumpridas as formalidades legais de admissão, terá acesso aos mesmos sistemas de saúde disponibilizados aos demais docentes, tais como Hospital Universitário (HU) e IASMPE, ou planos de saúde particular, sempre a critério da USP.

\_\_\_\_\_  
USP – Universidade de São Paulo

Data \_\_\_\_\_

Declaro ter recebido e compreendido as informações supra.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estrangeiro