

PROGRAMA DE AUXÍLIO PERMANÊNCIA (PAP) 2017
Campus BRAGANÇA PAULISTA
Ações de Permanência

ANEXO IX – SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO SAÚDE

Eu, _____, prontuário nº _____
RG nº _____ e do CPF nº _____, estou ciente de que o auxílio saúde não será deferido para atendimentos/tratamentos/medicamentos e outras despesas que possam ser atendidas pelo SUS.

Solicito auxílio saúde conforme informações abaixo:

Especifique seus problemas de saúde:

Especifique os tratamentos de saúde que faz

Especifique os gastos com saúde que tem mensalmente _____

Foi encaminhado para o SUS ou assistência social de seu município? _____

Informe a UBS (posto de saúde) _____ e telefone _____

Continua fazendo acompanhamento/tratamento pelo SUS? _____

Quando será sua próxima consulta? _____

Que tipo de atendimento/tratamento/medicamento você não conseguiu no SUS?

Qual a justificativa apresentada pelo SUS?

Qual será a utilização do auxílio saúde para você?

Obs.: anexar a este formulário as cópias de relatórios médicos, receitas, exames, encaminhamentos, orçamentos, recibo, etc, que serão analisados pela equipe do Sociopedagógico e servirão para justificar sua solicitação.

Bragança Paulista _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) estudante ou do responsável, se for menor de 18 anos