UFAPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Solicito providências para análise da presente solicitação, referente à concessão do Auxílio de Atenção à Saúde, conforme dados constantes no formulário abaixo e respectiva documentação anexa, responsabilizando-me integralmente pela veracidade das informações fornecidas, bem como pela autenticidade da documentação apresentada. Declaro estar ciente da Resolução n° 140/2018 ï CONSU/UFRPE, que regulamenta a concessão do Auxílio de Atenção à Saúde.

Eu,_____, discente do Curso de _____ CPF n°_____, solicito a V.Sa. Auxílio de Atenção à Saúde para:

- ☐ Aquisição de óculos de grau
- ☐ Aquisição de medicamentos
- ☐ Realização de exame
- ☐ Realização de consulta médica especializada
- ☐ Realização de procedimento médico odontológico especializado
- ☐ Outras demandas de saúde. Especiýcar:

RG_____ÓRGÃO EXP_____E-MAIL_____
ENDEREÇO_____
TELEFONE(___)_____/(___)_____
BANCO_____AG_____C/C_____

BENEFICIÁRIO ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL:
☐ SIM. BENEFÍCIO:_____ ☐ NÃO

PESSOA COM DEFICIÊNCIA:
☐ SIM. QUAL?_____ ☐ NÃO

_____,_____de_____de_____

_____
Assinatura do(a) discente solicitante

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

a) Receita atualizada (emissão de até 60 dias) emitida por médico especializado indicando a necessidade de lentes corretivas(**para aquisição de óculos de grau)**;

b) Receita médica em nome do estudante cuja data de emissão tenha até 60 dias, contendo o CID, o carimbo e a assinatura do médico (**para compra de medicamentos)**;

c) Requisição de exame em nome do estudante cuja data de emissão tenha até 60 dias, contendo o carimbo e a assinatura do médico(**para realização de exames)**;

d) Encaminhamento à consulta e procedimentos médico-odontológicos especializados em nome do estudante cuja data de emissão tenha até 60 dias, contendo o carimbo e a assinatura do médico ou odontologista(**para consultas e procedimentos médicos odontológicos**);

e) Qualquer documentação COMPLEMENTAR que comprove a ocorrência da necessidade do Auxílio de Atenção à Saúde (**para outras situações de demanda de saúde**);

OBS.: O Auxílio de Atenção à Saúde será concedido ao mesmo estudante apenas uma vez por ano e seu valor máximo corresponde a duas bolsas de Apoio Acadêmico.

Atenção:

1. Para aquisição de óculos de grau, compra de medicamentos, realização de exames é necessária a apresentação de 3 (três) cotações de preços, conforme Anexo I;

2. Para realização de procedimentos médico-odontológicos especializados é necessária a apresentação de 2 (duas) cotação de preços, conforme Anexo I;

3. Para realização de consultas na especialidade de Psiquiatria e para as consultas na área de Psicologia é necessária a apresentação de apenas uma cotação de preços, conforme Anexo I.

ANEXO I

UFAPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE FINANÇAS E INFRAESTRUTURA

AUXÍLIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

MODELO PARA COTAÇÃO

NOME DO (A) CLIENTE:	
EMPRESA:	
CNPJ:	
MUNICÍPIO/ESTADO:	
CONTATO:	
DATA:	_____/_____/_____.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO:	

ITEM	QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO (R$)
1			
2			
3			
4			
VALOR TOTAL			

ASSINATURA:	
CARIMBO/CPF/CNPJ:	