



## FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DO FUNDO DE APOIO À SAÚDE

<b>Nome:</b>	
<b>Matrícula da Ascar:</b>	
<b>WhatsApp:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Município de residência:</b>	<b>Regional:</b>

**Venho através deste, solicitar o auxílio do Fundo de Apoio à Saúde.**

<input type="checkbox"/> Internação hospitalar, por no mínimo 2 (dois) dias consecutivos, fora do município de domicílio. <b>Dias de internação:</b>
<input type="checkbox"/> Consultas ou procedimentos médicos realizados a uma distância superior a 100 km do local de domicílio. <b>Quantidade de consultas:</b>
<input type="checkbox"/> Tratamento como hemodiálise, quimioterapia ou radioterapia fora do município de residência. <b>Quantidade de procedimentos:</b>

### DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS ENTREGUES COM ESTE FORMULÁRIO

<input type="checkbox"/> Mapa de distância/deslocamento.	<input type="checkbox"/> Comprovante de residência.
<input type="checkbox"/> Comprovante de internação e alta médica.	<input type="checkbox"/> Atestado médico em caso de consulta.
<input type="checkbox"/> Comprovantes de procedimentos de hemodiálise, quimioterapia ou radioterapia.	
<input type="checkbox"/> Em caso de solicitação para dependentes, anexar comprovante de vínculo conforme Estatuto da Asae. Ex: certidão de casamento, declaração de união estável, certidão de nascimento ou RG do(a) filho(a), estes, até 24 anos, se estudantes.	

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura