|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ANEXO XI**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO SAÚDE**

|  |
| --- |
| **PARA OS CASOS DE AUXILIO SAÚDE (Deve ser anexado ainda o comprovante/atestado do quadro de saúde que deu origem à solicitação.)** |
| Informe o motivo da solicitação:  Possui Plano de Saúde?  ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não, utilizo o SUS. |
| **JUSTIFIQUE O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO** |
|  |
| Salto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Estudante Responsável pelo estudante menor de 18 anos |
|  |
| **PARECER** |
| **É favorável** à concessão do Auxílio Saúde? 🞎 Sim 🞎 Não |
| Justificativa do parecer:  Assinatura e Carimbo Coordenadoria Sociopedagógica  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |