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

**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 SociopedagógicaData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |