



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO PRÓ-REITORIA DE GESTÃO
ESTUDANTIL E INCLUSÃO REQUERIMENTO – PROGESTI**

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Solicitamos providências no sentido de que seja procedida a análise da presente solicitação, para efeito da 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 anexada. Estando desde já ciente da Regulamentação da concessão do Auxílio de atenção à saúde da Pró-Reitoria de Gestão Estudantil e Inclusão (PROGESTI) diante da Resolução nº 140/2018 – Consu.

Eu, _____, discente do Curso de _____ CPF nº _____, 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. Especificar:

RG _____ ÓRGÃO EXP _____ E-MAIL _____
ENDEREÇO _____
TELEFONE(____) _____/(____) _____
BANCO _____ AG _____ C/C _____

BENEFICIÁRIO PROGESTI:

SIM. BENEFÍCIO: _____ NÃO

UNIDADE ACADÊMICA:

SEDE UAST UACSA UABJ

PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

SIM(QUAL?) _____ NÃO

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) discente solicitante



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- a) Comprovante de matrícula no semestre da solicitação do Auxílio e Histórico escolar autenticado pelo DRCA ou Coordenação de curso;
- b) Receita atualizada (emissão de até 60 dias) emitida por médico especializado indicando a necessidade de lentes corretivas (**para aquisição de óculos de grau**);
- c) 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**);
- d) 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**);
- e) 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**);
- f) Qualquer documentação COMPLEMENTAR que comprove a ocorrência da necessidade do Auxílio de atenção à saúde (**para outras situações de demanda de saúde**);

OBS.: Solicitamos que o requerente guarde o n° do processo para facilitar os encaminhamentos. O Auxílio de atenção à saúde não será cumulativo, ou seja, será concedido o Auxílio para apenas uma demanda de saúde por estudante. O discente só poderá solicitar o Auxílio uma vez a cada 12 meses.

Pró-Reitoria de Gestão Estudantil e Inclusão

**Rua Dom Manuel de Medeiros, s/n°, Dois Irmãos, Recife – PE CEP 52171-900 / (81) 3320-6091 /
secretaria.progest@ufrpe.br**