

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

PROGRAMA ACOLHER  
REQUERIMENTO DO AUXÍLIO SAÚDE

Solicito providências para análise da presente solicitação, referente à concessão do Auxílio Saúde (AS), 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 nº 008/2023 – UFPAE, que regulamenta a Política de Assistência Estudantil (PAEST) da UFPAE e da regulamentação própria do Programa Acolher.

Eu, \_\_\_\_\_, discente do Curso de \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, solicito a V.Sa. o Auxílio Saúde (AS) para:

- I - AS - Óculos de grau  
 II - AS - Medicamentos  
 III - AS - Exames de diagnósticos  
 IV - AS - Serviços Odontológicos  
 V - AS - Serviços Médicos Especializados  
 VI - AS - Atendimento contínuo de Psicologia e/ou Psiquiatria

**DADOS BANCÁRIOS:**

NOME DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA

**DADOS PESSOAIS:**

RG Nº	E-MAIL	TELEFONE

**BENEFICIÁRIO DA PRAE/UFPAE?**

- SIM. AUXÍLIO: \_\_\_\_\_.  
 NÃO

**PESSOA COM DEFICIÊNCIA:**

- SIM. Qual?: \_\_\_\_\_.  
 NÃO

**TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO (TGD) OU COM ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO?**

- SIM. Qual?: \_\_\_\_\_.  
 NÃO

Garanhuns, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Estudante