



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA POLÍCIA MILITAR – FASPM



## REQUERIMENTO DE CONDUÇÃO VEICULAR

|                      |            |               |                      |     |
|----------------------|------------|---------------|----------------------|-----|
| Nome completo:       |            |               | Posto/graduação:     |     |
| CPF:                 | RG:        | ( ) PM ( ) BM | Matricula funcional: |     |
| Endereço:            |            |               |                      | Nº: |
| Bairro:              | Município: | UF: PA        | CEP:                 |     |
| Referência:          |            |               |                      |     |
| Telefone de contato: |            |               | Estado civil:        |     |

Vem muito respeitosamente requerer à V. S.<sup>a</sup>, o benefício de condução veicular por necessitar realizar procedimento(s) terapêutico(s) em estabelecimento de saúde, com posterior retorno a minha residência ( ) ou ao local hospedado ( ), em meu benefício e/ou do meu (minha) dependente ( ). Outrossim, declaro está ciente das condições de transporte respeitando a utilização do cinto de segurança.

Belém – PA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Técnico recebedor



\_\_\_\_\_  
Setor de benefícios

**Parecer técnico:** ( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO

**Descrição:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Documentos necessários:** Identidade do(a) militar; último contracheque do(a) militar; comprovante de residência; comprovante do procedimento médico.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA POLÍCIA MILITAR – FASPM



| INFORMÇÃO DA(S) PESSOA(S) À SER CONDUZIDA(S) |
|----------------------------------------------|
| Paciente:                                    |
| Acompanhante <sup>1</sup> :)                 |

| INFORMAÇÕES PARA CONDUÇÃO                                                                            |            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
| LOCAL DA PARTIDA                                                                                     |            |     |
| Endereço:                                                                                            |            |     |
| Bairro:                                                                                              | Município: | UF: |
| Referência:                                                                                          |            |     |
| LOCAL DE ATENDIMENTO                                                                                 |            |     |
| Nome da Instituição:                                                                                 |            |     |
| Endereço:                                                                                            |            |     |
| Bairro:                                                                                              | Município: | UF: |
| Referência:                                                                                          |            |     |
| Período: ____/____/____ a ____/____/____ Horário de saída: ____:____ e Horário de retorno: ____:____ |            |     |
| DIAS DA SEMANA ( ) SEG. ( ) TER. ( ) QUA. ( ) QUI. ( ) SEX. ( ) SÁB.                                 |            |     |
| Tratamento:                                                                                          |            |     |
| Obs:                                                                                                 |            |     |
|                                                                                                      |            |     |
|                                                                                                      |            |     |

1 - Ser maior de 18 anos de idade e menor de 60 anos de idade, e está em boas condições físicas e mentais.

2 - Art. 20. São considerados como dependentes do associado/contribuinte do FASPM para fins deste Regimento Interno, os seguintes: esposa ou esposo, companheiro ou companheira que vivem em união estável, devidamente declarados filhos legítimos ou adotados de forma legal e que sejam menores de 18 (dezoito) anos, filhos portadores de necessidades especiais acima de 18 (dezoito) anos, filhos até 24 anos que estejam cursando uma instituição de nível superior e não recebam nenhuma remuneração, ou mãe ou pai que comprovadamente não possuam renda e sejam declarados dependentes. (Regimento Interno do FASPM).