



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 PASSAGEM

|                      |            |               |                      |     |  |
|----------------------|------------|---------------|----------------------|-----|--|
| Nome completo:       |            |               | Posto/graduação:     |     |  |
| CPF:                 | RG:        | ( ) PM ( ) BM | Matricula funcional: |     |  |
| Endereço:            |            |               |                      | N°: |  |
| Bairro:              | Município: | UF:           | CEP:                 |     |  |
| Referência:          |            |               |                      |     |  |
| Telefone de contato: |            |               | Estado civil:        |     |  |

Vem muito respeitosamente requerer à V. S.<sup>a</sup>, a doação de passagem(ns) do tipo ( ) rodoviária, ( ) fluvial ou ( ) aérea, conforme dados na tabela abaixo.

A presente solicitação dar-se em decorrência da necessidade de deslocar-se ao destino mencionado para realização de tratamento de saúde, conforme especificado no agendamento abaixo, e declaro ainda que estou ciente que este requerimento será analisado seção de serviço social, que constatando ser necessário, solicitará documentos complementares, para juntar ao processo e subsidiar parecer técnico. Por fim, comprometo-me a enviar a **declaração de comparecimento no estabelecimentos de saúde** para o Serviço Social.

(Local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Técnico recebedor

### INFORMAÇÃO DO(S) PASSAGEIRO(S)

| Nome completo | Número do RG | Paciente/acompanhante <sup>1</sup> |
|---------------|--------------|------------------------------------|
|               |              |                                    |
|               |              |                                    |
|               |              |                                    |

### DADOS DA VIAGEM

| Data (ida/volta) | Origem | Destino |
|------------------|--------|---------|
|                  |        |         |
|                  |        |         |

**Descrição do tratamento médico:** \_\_\_\_\_

**Documentos necessários:** Identidade do(a) militar; último contracheque do(a) militar; comprovante de residência; doc. médico (em caso de dependente apresentar os documentos do(s) mesmo(s)).