



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 PERMANÊNCIA DE ESTADIA
(CASA DE APOIO FASPM)**

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.^a, a renovação de estadia na casa de apoio, no período de ____/____/____ a ____/____/____, com previsão de saída às ____:____, em razão da necessidade de realização de **tratamento de saúde**, conforme PORTARIA Nº 1/2025 - GAB. DIRETOR DO FASPM, regulamentada no BG da PMPA, Nº 61 de 31 MAR 2025. Ressalta-se que no Art. 3º do Parágrafo Primeiro da Portaria em questão informa que: O associado do FASPM e/ou dependente bem como seu acompanhante que excederem os 3 dias de isenção, ficarão sujeitos a pagar a Taxa Administrativa de Estadia (TAE) de 50% do valor das próximas diárias de estadia tendo como base de cálculo o preço da diária integral para associado. Nestes termos, declaro que estou ciente que este requerimento será analisado no setor de benefício, que constatando ser necessário, solicitará documentos complementares, para juntar ao processo e subsidiar a AUTORIZAÇÃO DE RESERVA. Por fim, comprometo-me a apresentar a(s) **declaração(ões) de comparecimento ao(s) estabelecimentos de saúde**.

(Local) _____, ____ de _____ de _____



Assinatura do requerente

Técnico recebedor

Parecer técnico: () DEFERIDO () INDEFERIDO

Descrição do tratamento de saúde: _____

Documentos necessários: Identidade do(a) militar; último contracheque do(a) militar; comprovante de residência, comprovante de tratamento médico. Em caso dependente² ou acompanhante apresentar documentos do(s) mesmo(s).



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



(VERSO)

Orientações:

- Especificar qual o procedimento que será realizado na tabela abaixo.
- Em caso de cancelamento do procedimento médico deve-se solicitar a declaração de comparecimento e apresentar no hotel.

(PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA LEGÍVEL)

USUÁRIO (S)	
Nome completo:	Paciente () Acompanhante ¹ ()
Nome completo:	Paciente () Acompanhante ¹ ()
Nome completo:	Paciente () Acompanhante ¹ ()
Nome completo:	Paciente () Acompanhante ¹ ()
DATA	PROCEDIMENTO(S) DE SAÚDE
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____
___/___/___	() consulta () exames () cirúrgico () outros: _____ Especificar: _____

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).