



REQUERIMENTO DE RESERVA DE HOSPEDAGEM

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

Vem muito respeitosamente requerer à V. S.^a, reserva de hospedagem em um dos Hotéis credenciados deste Fundo, para o dia: ___/___/___, com previsão de horário de chegada à Capital às ___:___, em razão da necessidade de realização de tratamento de saúde, conforme descrito na planilha em anexo (verso).

Além disso, informo que o(a) sr(a):
_____, RG: _____, idade: _____,
fone: () _____ será acompanhante, por se tratar de paciente na qualidade de: ()
Menor de idade; () Pessoa com deficiência; () Pessoa com 60 anos ou mais, dependendo de
auxílio, conforme determinação médica; () Internado em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, sem
previsão de alta; () Internado em enfermaria, cujo acompanhante não possa pernoitar no local por
norma do estabelecimento de saúde; e, () pessoa submetida a procedimento de saúde, cuja
presença do acompanhante seja uma exigência médica.

Nestes termos, declaro que estou ciente que este requerimento será analisado por técnico da área social que constatando ser necessário, solicitará documentos complementares, para juntar ao processo e subsidiar a AUTORIZAÇÃO DE RESERVA DE HOSPEDAGEM.

(Local) _____, _____ de _____ de _____



Assinatura do requerente

Técnico recebedor

Parecer técnico: () DEFERIDO () INDEFERIDO

Descrição: _____

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



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)



(PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA LEGÍVEL)

PACIENTE (s)	
Nome completo:	Paciente () Acompanhante ¹ ()
Nome completo:	Paciente () Acompanhante ¹ ()
Nome completo:	Paciente () Acompanhante ¹ ()
DATA	PROCEDIMENTO DE SAÚDE
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____
/__/_/	() CONSULTA () EXAMES () CIRÚRGICO () Outros: _____

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).