

**FORMULÁRIO Nº 04**  
**AUXÍLIO SAÚDE**

**DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Funcional: \_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO INICIAL**

**COMPLEMENTO DO REQUERIMENTO**

PROCEDIMENTOS	VALORES
Assistência médico-hospitalar e ambulatorial (art. 2º, I)	
Assistência odontológica (art. 2º, II)	
Transporte de pacientes (art. 2º, III)	
Consultas (art. 2º, §1º, I)	
Diagnósticos complementares (art. 2º, §1º, II)	
Tratamentos especiais: fisiátrico e fisioterápico, inclusive RPG – Reeducação Postural Global e Pilates desde que recomendado por médico habilitado (art. 2º, §1º, III, a)	
Fonoaudiológico (art. 2º, §1º, III, b)	
Ortóptico (art. 2º, §1º, III, c)	
Acupuntura (art. 2º, §1º, III, d)	
Medicina ortomolecular (art. 2º, §1º, III, e)	
Psicológico (art. 2º, §1º, III, f)	
Assistência hospitalar (art. 2º, §1º, IV)	
Internação domiciliar (art. 2º, §1º, V)	

Vacinas (art. 2º, §1º, VI)	
Serviço de anestesia decorrente de intervenção não-estética (art. 2º, §1º, VII)	
Cobertura de aquisição de medicamentos prescritos por médico habilitado, para controle de doenças declaradamente crônicas (art. 2º, §1º, VIII)	
Exames de laboratório, radiológicos e de imagem, desde que prescritos por médico habilitado, com apresentação de cópia de requisição médica (art. 2º, §1º, IX)	
Cobertura de mensalidade de plano de saúde exclusivamente ao membro da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo. (art. 2º, §1º, X)	

**DECLARO**, ainda, que estou ciente dos termos e das condições do auxílio saúde que requero, assim como tenho conhecimento do teor do art. 299 do Código Penal Brasileiro que trata das penalidades previstas para os casos de falsidade ideológica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA REQUERENTE**