

Requerimento

EB 64577. _____/2019- _____

Ao: Sr Diretor do HMilACG

Objeto: Ressarcimento de despesas médicas

1. Eu, _____

Categoria: _____ Idade: _____ OM vinculação: _____

venho por meio deste solicitar o ressarcimento da despesa médica/hospitalar, referente a consulta /
procedimento: _____

junto ao especialista (CRM e CPF) ou clínica (CNPJ) _____

no valor de R\$ _____ (_____)

para meu/minha dependente _____

Cartão PASS: _____ Idade: _____

2. Tal solicitação encontra amparo no Art. 55 e 56 do Cap VII da Port. N° 11-DGP, de 19 MAIO 2008 (IR 30-57) e N° 02/2008 – Asse Esp. 1.1-DGP, de 1 ° JUL 2008.**3. Anexos:**

- Cópia da identidade, CPF, cartão PASS e último contracheque do(a) titular;
- Cópia da identidade ou certidão nascimento, cartão PASS do(a) dependente, se foi pedido autorização para o(a) mesmo(a);
- Declaração da Clínica ou Especialista;
- Nota Fiscal n° _____ de ____ / ____ / ____ ou Recibo S/N de ____ / ____ / ____
 - Pedido Médico;
- Comprovação de Comunicação Urgência/Emergência, se for o caso

4. Dados Pessoais do(a) Titular:

- Identidade: _____
- Mtcl SIAPE: _____
- CPF: _____
- Rua: _____ n° _____
- Bairro: _____
- Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
- Telefone: _____ Cel: _____
- Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

Campo Grande, _____ de _____ de 2019.

(Nome completo e assinatura do(a) titular)