

**Do:** \_\_\_\_\_

**Ao :** Diretor do Hospital Militar de Área de Campo Grande

**Assunto:** Ressarcimento de despesas médicas/hospitalares.

1. Eu, \_\_\_\_\_ Posto Graduação \_\_\_\_\_  
Prec/CP \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_, Identidade \_\_\_\_\_  
Telefone para contato \_\_\_\_\_, venho requerer ao Diretor do H Mil A CG autorização para  
ressarcimento para o seguinte procedimento/consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
junto ao (a) \_\_\_\_\_ CRM do especialista \_\_\_\_\_  
no valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
para meu/minha dependente \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_\_ Cartão FuSEx \_\_\_\_\_  
Solicitado pelo Médico \_\_\_\_\_ CRM/MS: \_\_\_\_\_  
Homologado por Of Médico \_\_\_\_\_ CRM/MS: \_\_\_\_\_

**2. Tal solicitação encontra amparo no Art. 23 da Portaria Nr 653, de 30 de agosto de 2005 (IG 30-32) e Portaria nº 050-DGP, de 28 de Fevereiro de 2008 (IR 30-40).**

3. Anexo: Pedido médico militar original **ou** pedido médico/profissional civil original, homologado pelo médico militar.

4. Declaro estar ciente que só poderei fazer consulta, após a **autorização do Cmdo 9ª RM**. Para qualquer outro procedimento/consulta resultante desta, **deverei requerer nova autorização**. O valor limite para **Ressarcimento de Consulta é 80% de R\$ 250,00** (duzentos e cinquenta reais), conforme Of 236 Dsau/GabSubDirTec, publicado no Boletim Regional 095, de 08 DEZ 11.

Nestes termos, peço deferimento.

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura do titular

- 5. Decisão:** ( ) DEFERIDO  
( ) INDEFERIDO ( ) Por não atender prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.  
( ) Por não caracterizar urgência/emergência.  
( ) Por haver OCS contratada e/ou PSA credenciado.  
( ) Por não haver homologação de médico militar e  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ALESSANDRO SARTORI THIES – TC**  
Diretor do HMilACG