

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