

Requerimento

EB 64577. _____/2019- _____

Do: _____

Ao: Sr Diretor do HMilACG

Objeto: Ressarcimento de despesas médicas

1. Eu _____

Post Grad _____ Idade _____, OM vinculação _____

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

junto a(o) especialista (CRM e CPF) ou clínica (CNPJ) _____

no valor de R\$ _____ (_____)

para meu/minha dependente _____

Cartão FuSEx _____ Idade _____.

2. Tal solicitação encontra amparo no inciso I (ou II) do Art 23 da Port Nr 653, de 30 Ago de 05 - (IG 30-32).

3. Anexos:

- Pedido Médico;
- Comprovação de Comunicação Urgência/Emergência, se for o caso;
- Cópia da identidade, cartão do FuSEx e último contracheque do titular;
- Cópia da identidade ou certidão nascimento, cartão do FuSEx do(a) dependente, se foi pedido autorização para o(a) mesmo(a);
- Declaração da Clínica ou Especialista;
- Nota Fiscal nº _____ de ____/____/____ ou Recibo S/N de ____/____/_____

4. Dados Pessoais do Titular:

- Identidade _____
- Prec /CP _____
- CPF _____
- Rua: _____ nº _____
- Bairro: _____
- Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
- Telefone: _____ Cel: _____
- Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

Campo Grande, _____ de _____ de 2019.

(nome completo e assinatura do(a) titular)