

Ao : Diretor do Hospital Militar de Área de Campo Grande

Assunto: Ressarcimento de despesas médicas/hospitalares.

1. Eu, _____
Mtel/SIAPE _____ OM _____ Idt: _____ 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 PASS: _____
Solicitado pelo Médico _____ CRM/MS: _____
Homologado por Of Médico _____ CRM/MS: _____

2. Tal solicitação encontra amparo no Art 55 e 56 do Cap VII da Port Nr 11-DPG, de 19 Mai 08 (IR 30-57) e NI Nr 02/2008 – Asse Esp 1.1-DGP, de 1º Jul 08.

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

4. Declaro estar ciente que só poderei realizar consulta/procedimento, 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 são 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.
() Outros: _____

ALESSANDRO SARTORI THIES – TC
Diretor do HMilACG