



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS
DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**

Av. Loureiro da Silva, 255 - Fone 32204165 - Porto Alegre RS
Colônia de Férias: Av. Marcilio Dias, 1810 - F. 6614190 e 6612334 - Tramandaí
Consultório Odontológico: na Sede

Ilmo Sra. Lisie Ane dos Santos
MD. Presidente da ABECAPA

_____, associado(a) dessa Entidade, vem, respeitosamente, **REQUERER** a VS^a que, em face do(s) documento(s) que Junta ao presente, lhe seja ressarcida despesa com:

- () exame(s) complementar(es) – obs: 1
- () atendimento de urgência – obs: 2
- () internamento hospitalar – obs: 3.
- ()

Porto Alegre,dede 20

Assinatura

conta corrente n° _____

Documentação exigida:

- obs. 1 e 2 – recibo ou nota fiscal via original com identificação completa do estabelecimento prestador, onde conste o nome do paciente, a data, o exame e autenticação mecânica.
- Obs. 3 – recibo ou nota fiscal da conta hospitalar e declaração de alta hospitalar, com a caracterização e autenticação exigidas para as obs. 1 e 2 (acima).

Para Uso da Diretoria

Ao Sr. Secretário,
Solicito informar.

Em ____/____/____.

Presidente.

Ao Sr. Presidente:

A documentação apresentada está:

() completa () incompleta

Tipo de Auxílio:

- () exame(s) complementar(es)
- () atendimento de urgência
- () internamento hospitalar

Conclusão: () **PELO DEFERIMENTO** () **PELO INDEFERIMENTO**

Valor do ressarcimento/auxílio: R\$ _____(_____)

Em ____/____/____.

Secretário.

À Tesouraria, Pague-se:

Presidente.

Tesouraria. Pago. Tesoureiro(a)