



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**  
**SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO**  
**DIRETORIA DO PLANSÁUDE**



**REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO**

A Sua Excelência o Senhor  
**Geferson Oliveira Barros Filho**  
Secretário da Administração

**IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO PLANO**

NOME COMPLETO (sem abreviaturas): \_\_\_\_\_

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TEL. RES: \_\_\_\_\_ TEL. TRABALHO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE MENSALIDADE         | <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO       |
| <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE DEPENDENTE INDIRETO | <input type="checkbox"/> NEGOCIAÇÃO E/OU PARCELAMENTO DE DÉBITO |
| <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE COMPARTICIPAÇÃO     | <input type="checkbox"/> OUTROS                                 |

DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

Declaro ter sido certificado da possibilidade da existência de débitos ainda não lançados no sistema, nesta data, não contabilizados neste formulário.

A negociação aqui pactuada não implica na mudança das regras estabelecidas quando da adesão ao plano, nos moldes de que dispõe as Leis e Normas que regem o PLANSÁUDE.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do requerente  
Local data

Uso exclusivo do PLANSÁUDE e Recursos Humanos do Órgão de lotação do servidor

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do atendente  
Local data