



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO  
DIRETORIA DO PLANSAÚDE



REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS DIVERSOS (CADASTRO)

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: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÃO

- DECLARAÇÃO DE VÍNCULO
- EXTRATO DE COMPARTICIPAÇÃO
- CÓPIA DE PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO
- OUTROS

DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO:

Declaro que são verdadeiras todas as informações contidas neste requerimento.

Por ser verdade assino o presente documento em uma única via.

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

Uso exclusivo do PLANSAÚDE e Recursos Humanos do Órgão de lotação do servidor.

Nº do  
Prontuário

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

----- DESTACAR AQUI -----



COMPROVANTE DE REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS  
DIVERSOS (CADASTRO)



NOME DO SERVIDOR:

SOLICITAÇÃO:

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