



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DO PLANSAÚDE



REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS DIVERSOS(AUDITORIA)

A Sua Excelência o Senhor
Nezimar Cabral de Lima
Secretário da Administração

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO PLANO

NOME COMPLETO (sem abreviaturas): _____

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: _____ MATRÍCULA: _____

CPF: _____ Nº DO CARTÃO: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____

TEL. RES: _____ TEL. TRABALHO: _____ CELULAR: _____

SOLICITAÇÃO

- CÓPIA DE PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO (EXAME, RX RESSONÂNCIAS E ETC.)
 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

RELATÓRIO SINTÉTICO DO ATENDENTE DA AUDITORIA:

_____, ____/____/____ Assinatura do atendente Auditoria
Local data

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

_____, ____/____/____ Assinatura do encarregado do Setor de Informática
Local data