



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



REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO PLANO

NOME COMPLETO (sem abreviaturas): _____

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: _____ MATRÍCULA: _____

CPF: _____ NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____

E-MAIL: _____

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 PLANSAÚDE.

_____, ____/____/____ 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

