



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



REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS DIVERSOS (CADASTRO)

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 PARTICIPAÇÃO
- 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