GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSAÚDE

REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS DIVERSOS

A Sua Excelência o Senhor
Lúcio Mascarenhas Martins
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

- ☐ 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.

_____, _____ / _____ / _____ _____
Local data Assinatura do requerente

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

_____, _____ / _____ / _____ _____
Local data Assinatura e carimbo do atendente