



**Ilustríssimo Diretor Executivo do Serv Saúde  
Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos  
Municipais de Rondonópolis-MT**

*Lei Municipal nº 4.616, de 25 de agosto de 2005.*  
Av. João Ponce de Arruda, 1.510 – Centro – CEP 78.700-260 – Rondonópolis-MT  
Fone (66) 3423-2627 – Fax (66) 3421-3341 – www.servsaudemt.com.br

**REQUERIMENTO**

Nº: \_\_\_\_\_

Matrícula	Requerente				
Data de nascimento	Estado Civil	RG	CPF		
Endereço (Rua, Av.)		Nº	Bairro	CEP	
Fone de Contato	Celular	Banco	Agência	Número da Conta	
Lotação		Cargo/Função			Fone do Trabalho

**VENHO REQUERER JUNTO A ESTE INSTITUTO, O QUE SEGUE:**

<input type="checkbox"/> Parcelamento ( <i>obrigatório holerite atual</i> )	( 20%)	( 30%)	R\$
<input type="checkbox"/> Ressarcimento de desconto indevido conforme holerite anexo			
<input type="checkbox"/> Ressarcimento de despesas médicas realizadas, conforme <i>Instrução Normativa nº 09, de 19/5/2008</i>	Período (Mês/Ano)		
<input type="checkbox"/> Outro:			

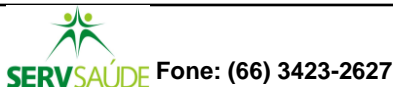
**SOLICITAÇÃO**


Espero deferimento.

Rondonópolis-MT, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_  
Responsável - Serv Saúde  
(Carimbo e Assinatura)



**PROTOCOLO**

Nº: \_\_\_\_\_

Requerente	Matrícula
Solicitação	Data do protocolo
	Responsável - Serv Saúde (Carimbo e Assinatura)