

REQUERIMENTO

ADIANTAMENTO PAS - AQUISIÇÃO DE ÓCULOS E LENTES DE CONTATO

Funcionário/Usuário: _____ Matrícula: _____

Paciente: _____

Vínculo do dependente:

- Filho(a) Esposo(a) Companheiro(a)
 Genitor(a) Enteadado(a) Menor sob Guarda Adoção/Tutelado

Valor requerido: R\$ _____ Conta Corrente: _____ Prefixo da Agência: _____

Médico: _____ CRM: _____

Declaro verdadeiras as informações aqui prestadas. Estou ciente das normas que regem o assunto, das comprovações a fazer nos prazos estabelecidos e das minhas obrigações quanto à liquidação do débito mensal das parcelas.

Comprometo-me a manter atualizado o meu cadastro no aplicativo ARH/Conta de Crédito-MCI e saldo suficiente em conta corrente para comportar o débito das parcelas não passíveis de cobrança através da Folha de Pagamento.

Anexos: Prescrição médica
 Documentos fiscais (Nota Fiscal, cupom fiscal)

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do Funcionário/Usuário