



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL
DE MATO GROSSO DO SUL

RESSARCIMENTO
DESPESAS MÉDICAS

PROTOCOLO N.º _____
DATA ___/___/___
HORA : _____

SOLICITANTE	1	SERVIDOR	CPF
	CARGO	FC	
	DESPESA MÉDICA	VALOR DO RECIBO/NOTA FISCAL:	
	USUÁRIO: () BENEFICIÁRIO-TITULAR OU () DEPENDENTE: _____ (NOME)		
	PROFISSIONAL/CLÍNICA: _____ CRM N.º: _____		
	ANEXOS () LAUDO MÉDICO () OUTROS: _____		
	BANCO DEPOSITÁRIO	AGÊNCIA:	CÓDIGO DA AGÊNCIA – DV
ASSINATURA / CARIMBO	DATA		

DAM	2	PARECER (CÓDIGOS DA TABELA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB – 1996):
	ASSINATURA / CARIMBO	DATA

CDRH	3	VALOR TOTAL DO TRATAMENTO (TABELA DA AMB 1996)	VALOR A SER RESSARCIDO PELO TRE
	Amparo legal:		
	DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA; AÇÃO ASMO; ELEMENTO: 33.90.93 () SIM () NÃO		
	ASSINATURA / CARIMBO	DATA	

CCI	4	Favorável ao ressarcimento: () SIM () NÃO	ASSINATURA / CARIMBO / DATA
	Obs: Fundamentação no verso		

PRESIDÊNCIA	5	() DEFIRO () INDEFIRO	ASSINATURA / CARIMBO / DATA
	Obs: Fundamentação no verso		

COF	6	Nº ORDEM BANCÁRIA:	DATA DO RESSARCIMENTO:	ASSINATURA / CARIMBO / DATA

CDRH	7	ANOTAÇÕES E CONTROLE:	ASSINATURA / CARIMBO / DATA