



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL
DE MATO GROSSO DO SUL

RESSARCIMENTO
DESPESAS ODONTOLÓGICAS

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

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

UAO	2	PARECER: (CÓDIGOS DA TABELA DE CONVÊNIOS E CREDENCIAMENTO DO TRE/MS)
	ASSINATURA / CARIMBO	DATA

CDRH	3	VALOR TOTAL DO TRATAMENTO (TABELA DO TRE/MS)	VALOR A SER RESSARCIDO PELO TRE
	<u>Amparo legal:</u>		
	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	N.º ORDEM BANCÁRIA:	DATA DO RESSARCIMENTO:	ASSINATURA / CARIMBO / DATA

CDRH	7	ANOTAÇÕES E CONTROLE:	ASSINATURA / CARIMBO / DATA