



SECRETARIA  
DA **ADMINISTRAÇÃO**

**DIRETORIA DE GESTÃO FINANCEIRA DO  
PLANO DE SAÚDE  
GERÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DE RECEITAS  
E DESPESAS**



**REQUERIMENTO**

**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**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE MENSALIDADE         | <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO       |
| <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE DEPENDENTE INDIRETO | <input type="checkbox"/> NEGOCIAÇÃO E/OU PARCELAMENTO DE DÉBITO |
| <input type="checkbox"/> RESTITUIÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO      | <input type="checkbox"/> OUTROS                                 |

**DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO:**

Declaro estar ciente de que este requerimento de restituição está sujeito à verificação de débitos ainda não lançados no sistema até a presente data, podendo haver compensação de valores, conforme previsto na legislação vigente que regulamenta o Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins.

Declaro, ainda, que a negociação pactuada não configura alteração das regras de adesão ao plano, mantendo-se válidas as normas e diretrizes que dispõe a Lei e Regulamentos aplicáveis ao Plano SERVIR.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do titular

Local

data

Assinatura do titular

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do atendente

Local

data

Assinatura do atendente