



**Requerimento de Ressarcimento - Despesas Médicas, hospitalares,
clínicas e/ou exames laboratoriais.**

Boa Vista – RR _____ de _____ de 20 ____.

Nome do beneficiário: _____

R.G nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Telefone: _____

Para: DAGS/DAG

Assunto: Solicito ressarcimento das despesas abaixo.

Despesas médicas

Despesas hospitalares

Despesas clínicas

Exames laboratoriais

Anexos:

NOTAS FISCAIS Nº -----

RECIBOS EMITIDOS EM -----

De conformidade com o plano de benefícios e vantagens do Acordo Coletivo vigente, solicitamos de Vossa Senhoria o ressarcimento dos valores constantes nas notas fiscais e/ou no(s) recibo(s) supracitado(s).

Atenciosamente,

BENEFICIÁRIO

Missão

Fornecer energia elétrica com qualidade e eficiência para satisfação de nossos consumidores.

Visão

Ser excelência em geração e distribuição de energia elétrica, atendendo todos os nossos clientes com qualidade e confiabilidade.