|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO TITULAR)** | | |
| UNIDADE: | NOME: | |
| MATRÍCULA: | E-MAIL: | TELEFONE: |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO TOMADOR DO SERVIÇO** | |
| NOME: |  |
| TIPO DE BENEFICIÁRIO: | ( ) Titular |
|  | ( ) Dependente  ( ) Agregado |
| MATRÍCULA TRFMED: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO PEDIDO DE RECURSO** | |
| MOTIVO: | ( ) Autorização não concedida |
|  | ( ) Pedido de reembolso não concedido  ( ) Pedido de reembolso a menor  ( ) Cobrança indevida  ( ) Recurso negado em 1ª instância  ( ) Outros |
| Nº PROCESSO SEI VINCULADO:  (se houver) |  |
| JUSTIFICATIVA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA: | ASSINATURA DO TITULAR: |

**Notas:**

1) Favor anexar ao processo toda a documentação necessária para a análise (Exemplos: nota fiscal,

solicitação médica, laudos de exames).

2) No caso de cobranças indevidas, informar o mês em que houve o desconto incorreto e, em se tratando de coparticipação, a qual procedimento se refere.

3) Em caso de dúvidas, contatar o TRFMED.