|  |
| --- |
| **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.