



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO
MATO GROSSO SAÚDE

Eu, _____,
usuário (a) do Plano Mato Grosso Saúde, carteira _____,
venho respeitosamente solicitar reembolso das despesas referente à
_____,
conforme documentos anexos, exigidos pelo plano.

Dados:

Banco: _____

Agência: _____

Conta Corrente: _____

CPF: _____

RG: _____

Telefones: _____

Cuiabá, ____/____/____

Atenciosamente,

Assinatura do Titular

OBS: Anexar os documentos exigidos na portaria 007/2005 (disponível no site do Mato Grosso Saúde)



Av: Historiador Rubens de Mendonça 343 - Araés
Telefone: (65) 613 7728

CEP: 78.005-170
Fax: (65) 613-7727

