



## **Programa de Assistência Social e Médico Hospitalar**

Rua Expedicionários da Pátria, 118 São Cristóvão Cabo Frio/RJ

Cep: 28909-480 Tel: (22) 2645-5616 Fax: (22) 2644-6949

### **Documentos necessários para a abertura de processo:**

#### **Ressarcimento de despesa médica :**

- ❖ Requerimento do servidor com as alegações para obtenção do ressarcimento.
- ❖ Documentos de identificação do servidor: CPF, CIC, comprovante de residência e comprovante de rendimentos (contracheque).
- ❖ Atestado médico, Exames laboratoriais, Laudo Médico justificando o exame e/ou procedimento.
- ❖ Notas Fiscais ou Recibos contendo discriminadamente, os serviços prestados.
- ❖ Relação discriminada dos procedimentos médicos.
- ❖ Relação discriminada dos medicamentos e/ou materiais utilizados.
- ❖ Os Recibos deverão obrigatoriamente conter a assinatura e carimbo do profissional que prestou o serviço e o número de inscrição do respectivo conselho de classe.

#### **Ressarcimento de desconto indevido.**

- ❖ Requerimento do servidor com as alegações para obtenção do ressarcimento.
- ❖ Documentos de identificação do servidor: CPF, CIC, comprovante de residência e comprovante de rendimentos (contracheque) dos meses a serem ressarcidos.
- ❖ O ressarcimento é feito de acordo com a contagem de até 5 anos retroativos.

#### **Inclusão no PASMH**

##### Titular

- ❖ Identidade
- ❖ CPF
- ❖ Título de eleitor
- ❖ Comprovante de residência atualizado
- ❖ Último contracheque

#### **Inclusão de Dependentes :**

##### -Cônjuge

- ❖ Identidade
- ❖ CPF
- ❖ Título de eleitor
- ❖ Comprovante de residência atualizado
- ❖ certidão de casamento ou declaração de união estável.

##### - Filhos até 21 anos

- ❖ Certidão de Nascimento ou Identidade.



## **Programa de Assistência Social e Medico Hospitalar**

Rua Expedicionários da Pátria, 118 São Cristóvão Cabo Frio/RJ

Cep: 28909-480 Tel: (22) 2645-5616 Fax: (22) 2644-6949

### **Exclusão de dependente**

- ❖ Identidade
- ❖ CPF
- ❖ Último contracheque