



REQUERIMENTO ÚNICO

TITULAR:					DATA ADESÃO		
LOTAÇÃO:		CPF TITULAR:		RAMAL			
CELULAR:		FIXO:		CEP:			
E-MAIL:							
ENDEREÇO:					BAIRRO:		
CIDADE:						UF:	
BANCO		AGÊNCIA		*CONTA CORRENTE			

***OBS.: O Ressarcimento só pode ser feito em conta corrente própria. Não é possível realizar ressarcimentos em conta salário, poupança ou conta digital.**

DOCUMENTAÇÃO

BENEFICIÁRIO ATENDIDO		DATA ADESÃO	
-----------------------	--	-------------	--

- | | | |
|--|--|--|
| ☒ (X) REQUERIMENTO ÚNICO | ☐ () NOTA FISCAL/ RECIBO (Obrigatório) | ☐ () AUTORIZAÇÃO PRÉVIA* (Obrigatório) |
| ☐ () EXAMES | ☐ () LAUDOS | ☐ () OUTROS _____ |
| ☐ () PRONTUÁRIO / RGO | ☐ () ENCAMINHAMENTO | Nº DE ANEXOS _____ |

* Para solicitar a autorização prévia, enviar o nome do profissional, registro do conselho, data da consulta e motivo pelo qual será realizado fora do Convênio PAS no e-mail: ressarcimento.pas@ufms.br, conforme orientação da [RESOLUÇÃO Nº 23-COL/PAS/UFMS](#).

JUSTIFICATIVA

**PROTOCOLO
USO DO PAS-UFMS**

Assinatura do Solicitante



ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO

CAMPO GRANDE – MS_____/_____/_____

Responsável pela análise