



# FUNDAÇÃO TIRADENTES

## REQUERIMENTO PARA INDENIZAÇÃO DE DESPESA

### DADOS PESSOAIS

POSTO GRAD: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ OPM: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ RECADO: \_\_\_\_\_

CPF.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ BANCO: \_\_\_\_\_ AG.: \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### PROCESSO

- ( ) ODONTOLÓGICO ( ) OCÚLOS E/OU LENTE  
( ) MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA ( ) DESPESAS MÉDICAS  
( ) OUTROS \_\_\_\_\_

### CARTÃO DO IPASGO

TÍTULAR	GRAU DE DEPENDÊNCIA: _____
GRAU DE DEPENDÊNCIA: _____	GRAU DE DEPENDÊNCIA: _____

GOIÂNIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REQUERENTE

### CONFERÊNCIA DO SETOR PERTINENTE

VALOR A SER INDENIZADO: R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

GOIÂNIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESPONSÁVEL