



CIAAR

Do:

(Nome completo/Posto ou Graduação do Militar/Pensionista)

Organização Militar:

CPF:

Nº SARAM:

OBS: O não preenchimento dos campos abaixo exige o FUNSA de responsabilidade, relativa a atrasos ou erros no processo do ressarcimento.

Dados Cadastrais (Preenchimento obrigatório)

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

Email(Internet/Intraer):

Dados Bancários (Preenchimento obrigatório com Nº da conta do pagamento COMAER**)

Banco – Nome:

Código:

Nº Conta Corrente

Agência – Nome:

Código:

Ao: Exmo. Sr. Comandante do CIAAR.

Assunto: Ressarcimento de Despesas Médicas ou Odontológicas

Requeiro a V.Exa. o ressarcimento da importância de R\$ _____

(_____)

(valor por extenso)

de acordo com a legislação em vigor referente à _____

(internação/ cirurgia/ outros)

realizado(a) no(a) _____

(próprio ou dependente – nome por extenso – grau de parentesco)

atendido no(a) _____

(hospital / clínica / outros)

Anexando os seguintes documentos: _____

(Nota Fiscal ou Recibo/ Fatura discriminativa de Materiais, Medicamentos, outros/ Relatório Analítico; RPA/Cópia do Laudo de exame; Relatório Médico)

Autorizo a transferência para a **minha conta corrente**, da importância a receber

DATA: ____/____/____

Assinatura do militar / pensionista

Autorizo a entrada com a(s) seguinte(s) ressalva(s).

Recebido, em

Assinatura / Carimbo

Assinatura

Para uso do FUNSA:

Data de recebimento:

Nome:

Rubrica:

Informações nos telefones (31)3689-3323/3428 ou funsa@ciaar.aer.mil.br (Internet), tendo em mãos o SARAM e CPF do beneficiário.

**Conta em que a Aeronáutica deposita o pagamento do Militar/Pensionista