



Governo do Distrito Federal
Polícia Militar do Distrito Federal
Diretoria de Execução Orçamentária e Financeira
Chefia da Seção de Indenização

Ressarcimento - PMDF/DSAP/DEOF/SI/CH

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL				
POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL				
REQUERENTE:				
POSTO/GRADUAÇÃO:		MATRÍCULA PMDF:		
E-MAIL:		TELEFONE(S): ()		
UPM:		TELEFONE:		
CPF E DADOS BANCÁRIOS (do Requerente):				
CPF:	BANCO:	AGÊNCIA:	C/CORRENTE ou POUPANÇA:	CONTA:
Destinatário: Ao Senhor CEL QOPM Diretor de Execução Orçamentária e Financeira - DEOF				
Requer, a Vossa Senhoria, o ressarcimento de DESPESAS ODONTOLÓGICAS no valor de R\$ (... reais), referente ao gasto com serviço de saúde para este titular e/ou dependente legal (esposa/filho: ...), conforme documentação comprobatória anexa. () Tenho ciência que todo o processo, bem como os documentos comprobatórios, passarão por análise documental e auditoria externa por empresa credenciada junto à PMDF. () Tenho ciência que após auditoria documental será anexado ao processo o relatório (Auditoria de Conformidade) constando o valor autorizado (valor de tabela ou outro parâmetro) a ser ressarcido na conta bancária do titular.				
DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS:				
(Favor deixar digitado abaixo somente o(s) documento(s) que estiver(em) inserido no processo) - Pedido Odontológico carimbado, assinado, datado e com nome do paciente; - Guia de Tratamento Odontológico - GTO, devidamente preenchida pelo profissional que vai realizar o atendimento, carimbada, datada, com as perícias inicial e final assinadas, com nome do titular e paciente; - Para os atendimentos de emergência, anexar Relatório Odontológico carimbado, assinado, datado e com nome do paciente; - Para manutenção de aparelho ortodôntico, anexar relatório ortodôntico e/ou ficha de evolução do paciente; - Declaração de Comprovação de Dependência do Titular (se a despesa foi para dependente legal);				

- Se possível, cópia da frente do cartão bancário com número da Agência e Conta Corrente do requerente;
- Comprovante de Pagamento (Nota Fiscal ou Recibo) em nome do Requerente ou Dependente Legal;
- **Observação importante:**
 - Para exames de imagem (raios X, tomografias) não precisa da GTO.

NOTA FISCAL OU RECIBO	NÚMERO	EMITENTE	DATA (*)	VALOR NF/RECIBO	VALOR AUTORIZADO
TOTAL:				R\$	R\$

* Se a data do comprovante de pagamento (NF ou Recibo) for superior a 60 dias, deverá ser justificado.

Exemplo:

Justificativa de atraso: Informo que o atraso no pedido do ressarcimento se deu em virtude de

TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____ Declaro através deste Termo de Declaração que o(s) Comprovante(s) de Pagamento(s) apresentado(s) neste processo, não foi(ram) objeto de pedido de reembolso anteriormente, inclusive junto à Receita Federal (IRPF) ou Plano de Saúde particular, sobre a ciência e responsabilidade (próprio risco) de assumir as sanções administrativas.

AMPARO LEGAL:

- Art. 32 da Lei n.º 10.486, de 04 de julho de 2002, alterada pela lei 11.134/05;
- Decreto n.º 31.646 de 06 de maio de 2010;
- Portaria PMDF n.º 788 de 06JUL2012 alterada pela Portaria PMDF 846 de 26MAR13.

OBSERVAÇÕES:

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SPO ÁREA ESPECIAL CONJUNTO 04 - DEOF - Bairro Asa Sul - CEP 70610-212 - DF

Telefone(s): 31908069

Sítio - www.pm.df.gov.br