



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				
<b>REQUERENTE:</b>				
<b>POSTO/GRADUAÇÃO:</b>		<b>MATRÍCULA PMDF:</b>		
<b>E-MAIL:</b>		<b>TELEFONE(S): ( )</b>		
<b>UPM:</b>		<b>TELEFONE:</b>		
CPF E DADOS BANCÁRIOS (do Requerente):				
CPF:	BANCO:	AGÊNCIA:	C/CORRENTE ou POUPANÇA:	CONTA:
<b>Destinatário: Ao Senhor CEL QOPM Diretor de Execução Orçamentária e Financeira - DEOF</b>				
<p>Requer, a Vossa Senhoria, o ressarcimento de <b>DESPESAS ODONTOLÓGICAS</b> no valor de R\$ (... reais), referente ao gasto com serviço de saúde para este titular e/ou dependente legal (<b>esposa/filho: ...</b>), conforme documentação comprobatória anexa.</p> <p>( ) Tenho ciência que todo o processo, bem como os documentos comprobatórios, passarão por análise documental e auditoria externa por empresa credenciada junto à PMDF.</p> <p>( ) 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.</p>				
DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS:				
<p style="color: red;"><b>(Favor deixar digitado abaixo somente o(s) documento(s) que estiver(em) inserido no processo)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedido Odontológico carimbado, assinado, datado e com nome do paciente;</li> <li>- 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;</li> <li>- Para os atendimentos de emergência, anexar Relatório Odontológico carimbado, assinado, datado e com nome do paciente;</li> <li>- Para manutenção de aparelho ortodôntico, anexar relatório ortodôntico e/ou ficha de evolução do paciente;</li> <li>- Declaração de Comprovação de Dependência do Titular (se a despesa foi para dependente legal);</li> </ul>				

- 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) e manutenção de aparelho ortodôntico, não precisa da GTO.

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

\* 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