

PASBC – Guia de Ressarcimento de Despesas

Matrícula	Nº de ordem	Beneficiário (dependente)	Telefone
E-mail do beneficiário	Participante (servidor)		Telefone
Data do atendimento	Dados do prestador de serviços (CNPJ ou CPF e nome)		

Data e assinatura de procedimentos em série:

1- ____/____/____ 3- ____/____/____ 5- ____/____/____ 7- ____/____/____ 9- ____/____/____
2- ____/____/____ 4- ____/____/____ 6- ____/____/____ 8- ____/____/____ 10- ____/____/____

Deseja adiantamento?

 Sim Não

Solicito a concessão de benefício para a cobertura das despesas objeto desta guia.

Assinatura do participante (servidor)

Observações: