

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE AUXILIO CIRURGICO HOSPITALAR

NA CAA/RS

Prezado Presidente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo), CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OABRS\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefone de contato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho através desta requerer auxilio cirúrgico hospitalar tendo em vista que na data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_me submeti ao procedimento cirúrgico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CID 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Peço que em caso de deferimento do pedido o valor seja depositado na conta bancária nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, agência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, banco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da cidade de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Em anexo segue os documentos marcados com “x”:**

( ) Carteira da OAB/RS do advogado (a);

( ) Cópia do laudo médico que comprove o procedimento realizado e cópia das notas fiscais relativas aos gastos hospitalares;

( ) Cópia da guia e do documento da alta hospitalar, com data;

( ) Cópia do comprovante de renda do (a) advogado (a) os ( três últimos contracheques, RPA, INSS, etc);

( ) Cópia da Declaração de Imposto de Renda ou Declaração de Isento (a) do (a) advogado (a);

( ) Cópia do comprovante de rendimentos do INSS ou Certidão Negativa do recebimento de benefícios junto aquele órgão do advogado (a);

( ) comprovante de residência do requerente.



.A documentação pode ser enviada por e-mail (beneficios@caars.org.br), carta ou entregue pessoalmente (R: Washington Luiz, 1110/5º andar, Bairro Centro, Porto Alegre/RS, CEP: 90010-460) e em caso de dúvida contatar o Setor de Benefícios da CAARS, pelo telefone 51-32877413.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) requerente