



# CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rua do Ouvidor, 60 - 6º andar - salas 601 à 614 - Cep 20040-030 - Centro  
Tels.: (21) 2224-9688 | 2224-9269 | 2242-1545 - Fax: (21) 2507-9794 - Rio de Janeiro - RJ  
Website: www.camperj.com.br E-mail: camperj@camperj.com.br

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PARA REEMBOLSO MÉDICO

NOME DO REQUERENTE:		NÚMERO DO PROCESSO:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
CIDADE:	TELEFONE:		
MATRÍCULA MP:	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:		
<input type="radio"/> PROCURADOR DE JUSTIÇA	<input type="radio"/> PROCURADOR DE JUSTIÇA APOSENTADO	<input type="radio"/> SUCESSOR (A)	
<input type="radio"/> PROMOTOR DE JUSTIÇA	<input type="radio"/> PROMOTOR DE JUSTIÇA APOSENTADO		

### REQUERIMENTO

Sr. Presidente da CAMPERJ

Requeiro, na fórmula do Regulamento Geral da CAMPERJ, reembolso da importância de R\$ \_\_\_\_\_

Correspondente às despesas com tratamento abaixo especificado, para o que junta os comprovantes respectivos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> CONSULTAS MÉDICAS        | <input type="radio"/> ANÁLISES E EXAMES DE LABORATÓRIOS |
| <input type="radio"/> TRATAMENTO CLÍNICO       | <input type="radio"/> APARELHO ORTOPÉDICOS              |
| <input type="radio"/> TRATAMENTO CIRÚRGICO     | <input type="radio"/> OBSTETRÍCIA                       |
| <input type="radio"/> TRATAMENTO PROFILÁTICO   | <input type="radio"/> LENTES                            |
| <input type="radio"/> TRATAMENTO ESPECIALIZADO | <input type="radio"/> DIÁRIA POR DOENÇA CRÔNICA         |
| <input type="radio"/> OUTROS: _____            |   |

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOME DO PROFISSIONAL, HOSPITAL, LABORATÓRIO, ÓTICA, ETC.	CNPJ/CPF OU INSCRIÇÃO:	
ENDEREÇO:	CIDADE:	
AS DESPESAS CORRESPONDEM A TRATAMENTO:		
<input type="radio"/> DO PRÓPRIO ASSOCIADO	<input type="radio"/> DE OUTRO BENEFICIÁRIO	<input type="radio"/> DE SUCESSOR (A)
INDIQUE O BENEFICIÁRIO, SE FOR O CASO:		
<input type="radio"/> CÔNJUGE	<input type="radio"/> FILHO MENOR DE 21 ANOS OU FILHA SOLTEIRA	<input type="radio"/> FILHO ESTUDANTE ATÉ 24 ANOS
<input type="radio"/> FILHO INVÁLIDO	<input type="radio"/> ASCENDENTE	<input type="radio"/> OUTROS
NO CASO DE SUCESSOR, INDIQUE O NOME DO EX-ASSOCIADO:		

EM, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO REQUERENTE