



À.  
**COORDENAÇÃO GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS**

\_\_\_\_\_, servidor deste Instituto, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_, vem respeitosamente a V.Sa., requerer o **Ressarcimento de Assistência à Saúde**, conforme comprovação (ões) em anexo.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

SANTA MARIA/RS, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura