

**REQUERIMENTO**  
**ADIANTAMENTO PAS - AQUISIÇÃO DE ÓCULOS E LENTES DE CONTATO**

Funcionário/Usuário: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Vínculo do dependente:

- Filho(a)                       Esposo(a)                       Companheiro(a)  
 Genitor(a)                       Enteadado(a)                       Menor sob Guarda Adoção/Tutelado

Valor requerido: R\$ \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_ Prefixo da Agência: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Declaro verdadeiras as informações aqui prestadas. Estou ciente das normas que regem o assunto, das comprovações a fazer nos prazos estabelecidos e das minhas obrigações quanto à liquidação do débito mensal das parcelas.

Comprometo-me a manter atualizado o meu cadastro no aplicativo ARH/Conta de Crédito-MCI e saldo suficiente em conta corrente para comportar o débito das parcelas não passíveis de cobrança através da Folha de Pagamento.

Anexos:  Prescrição médica  
 Documentos fiscais (Nota Fiscal, cupom fiscal)

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário/Usuário