

---

**Requerimento de Ressarcimento - Despesas Odontológicas**

---

Boa Vista – RR \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Nome do Empregado: \_\_\_\_\_

R.G nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**Para: DAGS/DAG**

**Assunto: Solicito ressarcimento de despesas odontológicas.**

**ANEXOS:**

Notas fiscais nº \_\_\_\_\_

Recibos emitidos em: \_\_\_\_\_

**De conformidade com o plano de benefícios e vantagens do Acordo Coletivo vigente, solicitamos de Vossa Senhoria o ressarcimento dos valores constantes nas notas fiscais e/ou no(s) recibo(s) supracitado(s).**

**Atenciosamente,**

---

**BENEFICIÁRIO**

**Missão**

Fornecer energia elétrica com qualidade e eficiência para satisfação de nossos consumidores.

**Visão**

Ser excelência em geração e distribuição de energia elétrica, atendendo todos os nossos clientes com qualidade e confiabilidade.