



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA REEMBOLSÁVEL

Data da solicitação: ___/___/___ Nº/Ano do Processo: _____ Valor: _____ Assistente Social Responsável: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Matrícula _____

Fone residencial: (___) _____ Celular: (___) _____ E-mail: _____

Número da Nota Fiscal	Data da Nota Fiscal	Valor

DADOS BANCÁRIOS

Conta Corrente Conta Poupança Observação: Não são aceitos dados de Conta Salário

Banco: _____ Agência: _____ OP: _____ Conta: _____

Titular da Conta: _____ CPF/CNPJ: _____

TERMOS E CONDIÇÕES

Artigo 1 – A Assistência Financeira Reembolsável é aquela concedida ao associado Policial Militar ou Bombeiro Militar acidentado em serviço como adiantamento de importância destinada a cobrir as despesas médicas, hospitalares, próteses, consulta, equipamentos, cirurgias e medicamentos, as quais serão indenizadas pelo Estado. **Artigo 2** – Para requerer a Assistência Financeira Reembolsável, o associado deverá dirigir-se até o Serviço Social ou Posto de Atendimento da ABEPOM mais próxima da sua cidade para preencher e assinar a documentação necessária. **Artigo 3** – Na impossibilidade do associado deslocar-se para esta finalidade, poderá fazê-los por ser procurador, curador ou tutor. **Artigo 4** – Na oportunidade o associado deverá entregar os seguintes documentos: a- Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem, b- Cópia das Notas Fiscais e documentos compatíveis de todas as despesas das quais pretende receber o empenho. **Artigo 5** – O Serviço Social ou funcionário(a) da ABEPOM ficará somente com a cópia da documentação para abertura do processo junto à ABEPOM. **Artigo 6** – A entrega da documentação original junto à PM/BM para a Requisição de Ressarcimento das despesas junto às Diretorias de Saúde é de responsabilidade exclusiva do associado. **Artigo 7** – A ABEPOM só concederá a Assistência Financeira Reembolsável ao associado, após sua autorização do Médico Chefe da Divisão de Saúde PM/BM por escrito. **Artigo 8** – O pagamento dos valores deferidos pela ABEPOM após análise dos documentos do requerimento da Assistência Financeira Reembolsável, será pago ao associado ou diretamente ao prestador de serviço. **Artigo 9** – Nos casos em que for negado o ressarcimento pelo Estado em vista da falta de nexos causal entre o acidente e o dano e a ABEPOM já ter adiantado o valor para o associado, este valor será convertido para a assistência financeira indenizável, aplicando-se às normas específicas. **Artigo 10** – A ABEPOM não concede Assistência Financeira Reembolsável de despesas de coparticipação de planos de saúde. **Artigo 11** – O requerimento da Assistência Financeira Reembolsável, juntamente com cópia de toda a documentação deverá ser entregue na sede da ABEPOM até o dia 31 de cada mês para pagamento até o 15º dia do mês seguinte. **Artigo 12** – O associado deverá restituir o valor integral à ABEPOM após ter-lhe sido creditado pelo Estado o valor do empenho referente às despesas, no prazo máximo de 45 dias, sem nenhum acréscimo, devendo encaminhar ao Serviço Social ou Posto de Atendimento o comprovante de pagamento na conta bancária da ABEPOM. **Artigo 13** – Caso, após os 45 dias o associado não efetuar a devolução do valor adiantado, esse valor poderá ser lançado em folha de pagamento acrescido de multa como cláusula penal de 10% (artigos 409 e seguintes do CC/2002), além dos encargos financeiros e juros legais. Parágrafo 1 – O associado deverá estar ciente que no caso de não restituição, ficará impedido de entregar novos requerimentos nesta modalidade enquanto não quitar o valor em pendência da ABEPOM. **Artigo 14** – O requerente autoriza a ABEPOM a requerer diretamente na PM/BM, o recebimento dos empenhos referentes aos valores já adiantados, em sub-rogação aos direitos deste em conformidade com o que determina os artigos 346 e os seguintes do CC/2002. **Artigo 15** – A ABEPOM se reserva no direito de limitar a concessão das Assistências Financeiras Reembolsáveis ao valor previsto e aprovado pela Assembleia Geral na proposta orçamentária do exercício vigente.

Assinatura do Associado

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DESTA DOCUMENTAÇÃO A ABEPOM

Nome completo: _____ Assinatura: _____ Matrícula: _____

Telefone p/ contato: _____ Local: _____

DESPACHO DO PRESIDENTE DA DIRETORIA EXECUTIVA

DEFERIMENTO INDEFERIMENTO

Assinatura