



Associação dos Servidores da Assistência Social do GDF

REQUERIMENTO

À Diretoria da ASAS/GDF

Eu, _____,

Matrícula nº. _____, lotado (a) _____,

Telefone para contato _____ venho, respeitosamente, requerer:

() IDENTIFICAÇÃO DE CÓDIGO(S) DESCONTO(S)

() RESSARCIMENTO DA ASSOCIAÇÃO

() INCLUSÃO AO CONVENIO PLANO DE SAÚDE

() INCLUSÃO AO CONVÊNIO _____

() EXCLUSÃO AO CONVÊNIO ASAS _____

() ASSOCIAR

Dependentes: _____

() OUTROS _____

OBS.: _____

NESTES TERMOS,
PEDE DEFERIMENTO.

Brasília - DF, ____ de _____ de 20 ____ .

Requerente

OBS.: Exclusão de convênios só com devolução da carteira.

Recebido por: _____

Em ____ / ____ / ____ .