



FECOMERCIO SP

SESC

SENAC

Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Servidores da
Federação do Comércio, SESC e SENAC de São Paulo

Certificado de Autorização do Banco Central do Brasil nº 380 - CNPJ 62.928.320/0001-63

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DOS BENEFÍCIOS
(AUXÍLIO NATALIDADE, MEDICAMENTOS, PRÓTESE MÉDICA,
ÓCULOS E LENTES, AUXÍLIO FUNERAL E OUTROS)

DADOS DO COOPERADO:

Cooperado (a): _____

Entidade / Unidade: _____

Chapa / ID: _____ Data de admissão na Cooperativa: ____/____/____

Cargo: _____ com jornada de trabalho de _____ horas semanais,
recebendo salário mensal de R\$ _____ ou salário-hora de R\$ _____

DADOS DO DOCUMENTO FISCAL:

<u>Fornecedor</u>	<u>Nº NF / Cupom</u> <u>Fiscal</u>	<u>Data NF/</u> <u>Cupom Fiscal</u>	<u>Valor</u>
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

TOTAL _____

DATA ____/____/____

FATES – Resolução nº 31/2014 de 26/08/2014

Auxílio / Reembolso _____% R\$ _____

VISTO DO REPRESENTANTE

Cooperativa

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para efeito de solicitação de reembolso dos gastos com medicamentos, prótese médica, óculos, substituição das lentes, e outros benefícios constantes do programa do FUNDO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA, EDUCACIONAL E SOCIAL – FATES, pedimos observar as seguintes instruções:

- 1 - Antes de preencher o formulário, observar as condições salariais e jornada de trabalho do cooperado, tendo em vista o limite fixado pelo Conselho de Administração;
- 2 - Preencher sempre, separadamente, 1 (um) formulário para cada tipo de reembolso ou auxílio: medicamentos, óculos ou substituição das lentes, prótese médica, auxílio natalidade, auxílio funeral, etc.;
- 3 - Anexar a Receita do Médico ou do Dentista, com data não superior a 6 (seis) meses;
- 4 - Anexar também, a 1ª via da Nota Fiscal, ou Cupom Fiscal originais, contendo a discriminação do medicamento **(pedimos especial atenção para não encaminhar Boleto ou Cupom de Venda, que não tem validade)**;
- 5 - Para casos de Auxílio Funeral, juntar cópia do Atestado de Óbito ou Declaração de Óbito expedidos pelo Órgão competente;
- 6 - É imprescindível a verificação por parte do Representante com o respectivo “visto”.