

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo:

C.P.F.:

E-mail:

Telefone:

2. JUSTIFICATIVA DA RESTITUIÇÃO

2. SOBRE RESTITUIÇÃO

Estou ciente que:

- 01.** O prazo para a conclusão do processo de restituição é de até **90 (noventa) dias úteis**.
- 02.** A falta de especificidade e de informações precisas na descrição do motivo do pedido de restituição pode resultar em um requerimento incompleto ou vago, ocasionando possível indeferimento por ausência de clareza e de elementos necessários à análise. Dessa forma, é fundamental que a justificativa apresentada seja clara, objetiva e suficientemente detalhada.
- 03.** Durante a análise da solicitação, o Ipesaúde poderá identificar a necessidade de solicitar documentos adicionais, distintos daqueles inicialmente anexados na abertura do requerimento administrativo, a fim de comprovar as informações e possibilitar a adequada instrução do processo.
- 04.** A não apresentação dos documentos exigidos pela instituição para instrução e análise do processo de restituição poderá resultar na finalização do processo sem deferimento, sendo necessária a abertura de uma nova solicitação por parte do(a) requerente.

/SE,

Assinatura do solicitante ou responsável legal