

**TRTer
SAÚDE**

REQUERIMENTO OPÇÃO TRANSPORTE AEROMÉDICO

BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

INSCRIÇÃO NO TRTer SAÚDE: _____

Autorizo sejam tomadas as medidas necessárias para o pagamento do custeio do transporte aeromédico referente ao beneficiário titular, dependente e especial (se for o caso), e declaro estar ciente e concordar com as condições estabelecidas no Regulamento.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20_____

Beneficiário Titular