

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

1) DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO:

Nome completo: _____

CPF: _____

Nº Cartão Unimed: _____

Contrato: _____

E-Mail contato (RH da
empresa): _____

Telefones para contato (RH da
empresa): _____

2) DADOS DO BENEFICIÁRIO QUE REALIZOU O EVENTO:

Nome completo: _____

CPF: _____

Nº Cartão Unimed: _____

3) TIPO DE SOLICITAÇÃO:

- () Anestesista
- () Consulta médica
- () Diu Mirena
- () Exames
- () Fisioterapia/Fonoaudiologia/Psicologia
- () Honorários Médicos
- () Internação Hospitalar
- () Internação Psiquiátrica
- () Procedimentos Sem Internação
- () Taxa de Disponibilidade
- () Instrumentador Cirúrgico
- () Outros - Descrição: _____

4) VALOR SOLICITADO: _____

Obs.: Nota/fiscal ou recibo deve possuir CNPJ ou CPF



6) DADOS BANCÁRIOS:

As informações preenchidas abaixo são de inteira responsabilidade do beneficiário que o assina.

Nome do titular da conta: _____

CPF do titular da conta: _____

Obs.: No caso de conta conjunta dados do 1º Titular

Nome do Banco	Agência	Conta	Dígito	Conta
() Banco do Brasil	____	_____	__	() Conta Corrente () Poupança
() Santander	____	_____	__	() Conta Corrente () Poupança
() Bradesco	____	_____	__	() Conta Corrente () Poupança
() Banco Itaú	____	_____	__	() Conta Corrente () Poupança
() HSBC	____	_____	__	() Conta Corrente () Poupança
() Caixa Econômica Federal	____	_____	__	() Conta Corrente () Poupança
() _____	____	_____	__	() Conta Corrente () Poupança

Curitiba, de _____ de 2013.

Carimbo e assinatura da contratante

Assinatura do beneficiário titular