

## SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nome do cliente atendido: \_\_\_\_\_

Código do cartão do cliente atendido: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone (Celular): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

N° do protocolo informado pela UVC\*: \_\_\_\_\_

Data da Autorização da Unimed Vertente do Caparaó\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Dados relacionados ao contato prévio feito com a Unimed Vertente do Caparaó.

Solicito o parecer da Solicitação de Reembolso através de :

- Correspondência
- E-mail

Detalhamento do ocorrido (justificando o motivo do atendimento particular):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Valor total solicitado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente conforme documento apresentado  
(responsável pelo plano Unimed)

