



Sede Administrativa
www.unimedbelem.com.br
Travessa Curuzú, 2212
66085-823 Marco, Belém - PA
T. (91) 4009-5200

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SOLICITANTE: _____

CLIENTE: _____

CÓDIGO DO CARTÃO: _____ E-MAIL: _____

FONE RESIDÊNCIA: (____) _____ FONE CELULAR: (____) _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL (COMPLETO): _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

ASSINATURA

DATA ____/____/____.

DADOS BANCÁRIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO

Dados bancários do beneficiário: _____ CPF _____

Nome do Banco: _____ N° da agência: _____

N° da conta: () corrente _____ () poupança _____

Obs.:

- 1) Para o beneficiário filho menor de idade, os dados bancários devem ser do beneficiário titular ou contratante do plano.
- 2) O reembolso será feito em nome do beneficiário participante do plano de saúde ou do (a) cônjuge.

**** ANEXAR DOCUMENTO QUE COMPROVE GRAU DE PARENTESCO. ****