

REEMBOLSO

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ASSISTÊNCIAS

DADOS PESSOAIS					
Nome (completo e sem abreviaturas)					
Data de Nascimento	CPF	RG	Data de Emissão RG	Órgão Expedidor	UF
Endereço Residencial					
CEP	Cidade			Estado	
Telefone Residencial	Telefone Comercial	Telefone Celular		Telefone (Whatsapp)	
E-mail principal			E-mail alternativo		
FORMA DE PAGAMENTO (Marque com um "X")		REEMBOLSO NOMINAL AO TITULAR DO PLANO, DEPENDENTE MAIOR OU RESPONSÁVEL FINANCEIRO			
<input type="checkbox"/>	Depósito em Conta Corrente	Nome do beneficiário CREDOR			
<input type="checkbox"/>	Depósito em Conta poupança				
<input type="checkbox"/>	Retirada na Recepção				
<input type="checkbox"/>	PIX - Pagamentos Instantâneos				
DADOS BANCÁRIOS					
Banco	Chave Pix	Agência	Conta		
VALOR TOTAL DO PEDIDO DE REEMBOLSO ==>		VALOR REEMBOLSADO (campo exclusivo da Unimed) ==>			
DISCRIMINAÇÃO DAS DESPESAS COM SAÚDE					
OBSERVAÇÕES					
Declaro para os devidos fins, a veracidade dos dados contidos nesta Ficha Cadastral.					
Araruama, ____ / ____ / ____					
					ASSINATURA

