

DECLARAÇÃO PARA DEPÓSITO

Eu, _____, residente e domiciliado (a) na _____, n°. _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, CEP: _____. _____. _____. _____, portador do RG n°. _____, inscrito no CPF sob o n°. _____. _____. _____. _____, beneficiário (a) da solicitação de REEMBOLSO.

Solicito que seja efetuado o pagamento através de:

Depósito em:

- Conta Corrente; ou
- Conta Poupança,

Dados bancários:

Banco: _____

Agência: _____

Chave Pix: _____

Nº da Conta: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Declaro que os dados bancários acima mencionados são de minha titularidade.

Declaro que o endereço acima informado corresponde ao meu endereço residencial.

Declaro que a Unimed Vertente do Caparaó Cooperativa de Trabalho Médico poderá fazer divulgação do meu nome, e manusear os exames e relatórios médicos, com finalidade de análise para o processo solicitado, tanto no âmbito ético quanto administrativo.

_____, _____ de _____ de _____.

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