

Identificação do Titular			
Nome		E-mail	
CPF	Telefone	Data nascimento	Lotação
		___/___/___	
Dados bancários			
Banco:	Agência:	C/C:	

Identificação do Paciente – caso não seja o titular		
Nome		
CPF	Data nascimento	Grau parentesco com titular
	___/___/___	

Tipo de despesa		
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica	<input type="checkbox"/> Exames
<input type="checkbox"/> Honorários	<input type="checkbox"/> Odontologia	<input type="checkbox"/> Outros

Solicito reembolso das despesas, segundo documentação anexa, mediante crédito em minha conta - corrente acima identificada.

Estou ciente de que:

- O reembolso de despesas assistenciais – ambulatoriais, hospitalares e odontológicas – deverá ser pleiteado até 180 (cento e oitenta) dias após o evento, mediante apresentação da documentação original, conforme previsto no art. 62 do Regulamento do Plano A-1; e
- O reembolso de medicamentos previsto na Assistência Farmacêutica deverá ser pleiteado até 120 (cento e vinte) dias após a aquisição do produto, nos termos do art. 28 do Regulamento do Plano A-1.

Data do requerimento	Assinatura do titular

Uso exclusivo da Saúde BRB				
Valor cobrado	Valor tabela	A reembolsar	Coparticipação	Data crédito
				___/___/___

Data	Responsável pela liberação