

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO MÉDICO/ODONTOLOGICO**ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO**

A solicitação de reembolso deverá estar acompanhada de nota fiscal ou Recibo Saúde, e pedido médico com carimbo, data e assinatura.

Os dados do profissional assistente (especialidade, CRM/CRO/CFA/CREFITO) devem constar na documentação.

O pedido de reembolso deverá ser feito até o prazo de 12 (doze) meses após a realização do atendimento.

SOLICITANTENOME MATRÍCULA E-MAIL TELEFONE **DEPENDENTE/AGREGADO**

Preencher quando for referente a atendimento prestado a dependente/agregado.

NOME **PRESTADOR DE SERVIÇO**NOME/RAZÃO SOCIAL CPF/CNPJ Nº CRM/CRO/CFA/CREFITO VALOR PAGO
(numérico e por extenso)**DADOS BANCÁRIOS PARA CREDITO** CONTA CORRENTE CONTA POUPANÇABANCO Nº AGENCIA Nº DA CONTA NOME DO TITULAR DA CONTA CPF DO TITULAR DA CONTA

DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO OU ATENDIMENTO REALIZADO

Informe cada um dos procedimentos, quantidade, valor e data da realização.

PROCEDIMENTO QUANTIDADE VALOR DATA

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente das normas referentes à solicitação de reembolso, conforme o regulamento Viva+ Empresarial / Adesão.

LOCAL

DATA

ASSINATURA