

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nº _____

Titular: _____ Código: _____

Beneficiário: _____ Código: _____

Telefone: _____ Tipo de plano: _____

Tit. da conta: _____ Banco: _____ Ag.: _____ Conta: _____ Op.: _____

Especialidade: _____ Médico: _____ CRM: _____

PROCEDIMENTO/SERVIÇO	CÓD. DO SERVIÇO	VALOR INFORMADO	VALOR PAGO
VALOR TOTAL			

Período de realização: _____ Data da solicitação: _____

Assinatura do Associado**OBSERVAÇÃO****ATENÇÃO:** De acordo com os regulamentos dos planos, o reembolso somente ocorrerá mediante apresentação de documentação comprobatória, contribuição das mensalidades quitadas, parecer e análise dos setores responsáveis.**Responsável pelo Faturamento:** _____ **Data:** _____ **Valor pago R\$:** _____

Titular: _____ Código: _____

Beneficiário: _____ Código: _____

Período de realização: _____ Médico: _____ CRM: _____

Procedimento/serviço: _____

Data da entrada: ____/____/____ Data prevista para pagamento: ____/____/____

Assinatura da CAURN**ATENÇÃO:** De acordo com os regulamentos dos planos, o reembolso somente ocorrerá mediante apresentação de documentação comprobatória, contribuição das mensalidades quitadas, parecer e análise dos setores responsáveis.