

## 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
<b>Valor total:</b>			

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.

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Valor pago R\$: \_\_\_\_\_

Responsável pelo Faturamento

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