SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nome do cliente atendido:	
Código do cliente atendido:	**CPF:**
Telefone:	**Celular:**
E-mail:	**Data da Solicitação:**
Endereço:	

Detalhamento do ocorrido (justificando o motivo do atendimento particular):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DADOS BANCÁRIOS

Nome do titular ou responsável:		**CPF:**
Nome do banco:	**N° do banco:**	**Agência:**
Conta:	☐ **Corrente**	☐ **Poupança**
Valor do Reembolso:		
***Observações (preenchimento da Unimed Federação RN):**		

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, o valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011) (RN 259).

_____

Assinatura do titular ou responsável

(igual ao documento de identidade)

_____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Unimed Federação RN

*Todas as informações contidas neste formulário são de preenchimento obrigatório.