



### REQUERIMENTO DE REEMBOLSO

Segurado Titular: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Dados Bancários do Segurado Titular:

**Banco:** \_\_\_\_\_ **Agência c/ dígito:** \_\_\_\_\_ **Conta Corrente c/ dígito:** \_\_\_\_\_

***Para que não ocorra desconto da taxa bancária no valor reembolsado, orientamos que os dados acima sejam do BANCO DO BRASIL.***

#### DOCUMENTOS:

- Cópia do documento de identificação com CPF
- Nota fiscal original com data e descrição do procedimento/material a ser reembolsado ou
- Recibo original com data, descrição do procedimento/material a ser reembolsado e CPF ou CNPJ do prestador
- Quando a nota fiscal/recibo não for descritiva apresentar detalhamento dos procedimentos realizados, com materiais e medicamentos utilizados.
- Declaração do médico assistente em casos de urgência e emergência**

**Valor total solicitado: R\$** \_\_\_\_\_

**Declaro a inexistência de registro de idêntico pedido em âmbito judicial ou administrativo.**

#### RELATO DO SEGURADO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**É de responsabilidade do segurado a guarda de todos os documentos apresentados.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Recebido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CAS: \_\_\_\_\_

**SE CONSULTA, HAVIA REDE CREDENCIADA NA REGIÃO DO CAS? ( ) SIM ( ) NÃO**  
Ass. do Líder \_\_\_\_\_