

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ESPECIAL

| DADOS DO TITULAR DO PLANO | | | | | |
|---------------------------|--|---------|--|----------|-----|
| Nome | | | | E-mail | |
| CPF | | Lotação | | Telefone | () |

| DOCUMENTOS APRESENTADOS | | |
|-------------------------|--|-------------|
| Sequência | Tipo do documento fiscal (recibo, NF, NFe, cupom fiscal) | Valor (R\$) |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

 Com financiamento Carta Compromisso

Aceito e estou ciente das regras de reembolso definidas pela Patrocinadora a qual estou vinculado.

(Assinatura e carimbo do titular)

| | | |
|--|---|---|
| Recebimento pela ELOSAÚDE: _____/_____/_____ _____ Visto do protocolo | Liberado para pagamento: _____/_____/_____ _____ Assinatura do responsável | Devolução sem pagamento: _____/_____/_____ _____ Assinatura do responsável |
|--|---|---|

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ESPECIAL

| DADOS DO TITULAR DO PLANO | | | | | |
|---------------------------|--|---------|--|----------|-----|
| Nome | | | | E-mail | |
| CPF | | Lotação | | Telefone | () |

| DOCUMENTOS APRESENTADOS | | |
|-------------------------|--|-------------|
| Sequência | Tipo do documento fiscal (recibo, NF, NFe, cupom fiscal) | Valor (R\$) |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

 Com financiamento Carta Compromisso

Aceito e estou ciente das regras de reembolso definidas pela Patrocinadora a qual estou vinculado.

(Assinatura e carimbo do titular)

| | | |
|--|---|---|
| Recebimento pela ELOSAÚDE: _____/_____/_____ _____ Visto do protocolo | Liberado para pagamento: _____/_____/_____ _____ Assinatura do responsável | Devolução sem pagamento: _____/_____/_____ _____ Assinatura do responsável |
|--|---|---|