

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		

<input type="checkbox"/> Com financiamento	<input type="checkbox"/> Carta Compromisso	<input type="checkbox"/> PAPD
--	--	-------------------------------

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

(Assinatura 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		

<input type="checkbox"/> Com financiamento	<input type="checkbox"/> Carta Compromisso	<input type="checkbox"/> PAPD
--	--	-------------------------------

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

(Assinatura do titular)

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