

Data: ____ / ____ / ____

DADOS DO TITULAR DO PLANO				
Nome				
E-mail				
Matrícula ELOSAÚDE		Lotação		Fone ()

DADOS DO BENEFICIÁRIO QUE UTILIZOU OS SERVIÇOS			
Nome			
E-mail			
Matrícula ELOSAÚDE		Fone	()

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

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

- Estou ciente das regras de reembolso definidas pela Patrocinadora à qual estou vinculado;
- Estou ciente dos processos e padrões definidos no Regulamento de meu plano, no que diz respeito ao reembolso;
- Estou ciente das exigências documentais relativas ao pedido de reembolso;
- Declaro, para todos os fins de direito, que as informações prestadas, bem como documentos anexados à presente solicitação, são de minha inteira responsabilidade.

Assinatura do titular

Para uso da ELOSAÚDE:

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

Motivo da devolução sem pagamento: _____

Data: ____ / ____ / ____.