



CAIXA DE BENEFICÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DA EMATER

REGISTRO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

MATRÍCULA Nº:		NOME:	
BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:	
LOTAÇÃO:	Unidade Regional	DATA EMISSÃO:	

IDENTIFICAÇÃO DA COMPROVAÇÃO

NOME PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA	NOME DA PESSOA ATENDIDA	GRAU DEP.	CARACTERÍSTICA DA DESPESA	DATA DO RECIBO	VALOR DO RECIBO

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES SÃO VERDADEIRAS, SOB PENA DE INCORRER EM CRIME PREVISTO NA LEI. RESPONSABILIZO-ME PELA GUARDA DOS DOCUMENTOS QUE DERAM ORIGEM A ESTE REEMBOLSO POR UM PERÍODO DE CINCO ANOS E COMPROMETO-ME A APRESENTÁ-LO QUANDO SOLICITADO POR QUEM DE DIREITO.

.....
ASSINATURA DO ASSOCIADO

USO EXCLUSIVO DA CABEFE

DATA ENTRADA CABEFE	PROCESSADO POR:	DIRETOR SOCIAL	PRESIDENTE
---------------------	-----------------	----------------	------------

Reembolso Consulta: “Recibo/ Nota fiscal” deve constar no campo “discriminação do serviço” o nome da pessoa atendida.