



REGISTRO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

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

IDENTIFICAÇÃO DA COMPROVAÇÃO

[illegible]

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.