



**REGISTRO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALAR**  
**CABEFE – CAIXA DE BENEFICÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DA EMATER**

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO			
MATRÍCULA Nº:	NOME:		
CPF:	EMAIL:	TELEFONE:	
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

(\*) No recibo / Nota Fiscal de consulta deve constar o nome da pessoa atendida.

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