

FORMULÁRIO PARA REEMBOLSO DO PLANO DE SAÚDE

Dados do Requerente:

Nome completo: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Telefone fixo e Celular: _____

E-mail: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____

Valor do plano de saúde R\$ _____

Dados Bancários:

Banco: _____ Agência: _____ N.º Conta: _____

Tipo de Conta: Corrente Poupança

Dados da Vítima:

Nome completo: _____

CPF: _____

Empresa que trabalhava: _____

Documentos necessários do requerente na primeira entrega(cópia):

- RG/ou Certidão de nascimento
- CPF
- Comprovante de Residência
- Boleto ou recibo do Plano de Saúde
- Dados bancários
- Comprovante de pagamento
- Cópia da certidão de óbito da vítima

Documentos necessários do requerente na a partir da segunda solicitação será necessário enviar somente:

- Boleto ou recibo do Plano de Saúde
- Comprovante de pagamento

Data ____/____/____

Assinatura do Requerente