



ANS N.º 31425-1

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nº

Titular: Código:

Beneficiário: Código:

Telefone.: Tipo de plano:

Tit. da conta: Banco: Ag.: Conta: Op.:

Especialidade: Médico: CRM:

Procedimento/serviço	Cód. do serviço	Valor informado	Valor pago
Valor total:			

Período de realização: Data da solicitação:

Assinatura do associado

OBSERVAÇÃO

ATENÇÃO: De acordo com os regulamentos dos planos, o reembolso somente ocorrerá mediante apresentação de documentação comprobatória, contribuição das mensalidades quitadas, parecer e análise dos setores responsáveis.

_____ Data: Valor pago R\$:

Responsável pelo Faturamento



ANS N.º 31425-1

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Titular: Código:

Beneficiário: Código:

Período de realização: Médico: CRM:

Procedimento/serviço:

Data da entrada: Data prevista para pagamento:

Assinatura da CAURN

ATENÇÃO: De acordo com os regulamentos dos planos, o reembolso somente ocorrerá mediante apresentação de documentação comprobatória, contribuição das mensalidades quitadas, parecer e análise dos setores responsáveis.