

## REQUERIMENTO PARA REEMBOLSO DE DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Inscrição Saúde do Titular 	Nome do Beneficiário Titular
--------------------------------	------------------------------

Lotação	Telefone Fixo/ Celular	Código da Agência	Conta Corrente
---------	------------------------	-------------------	----------------

### 1. Dados do paciente beneficiário

Nome do Beneficiário	Data de Nascimento / /	Grau de parentesco
Nome do Profissional ou Instituição	CRM	Nota Fiscal / Recibo
CPF / CNPJ	Valor R\$	

Solicito o reembolso das despesas com medicamentos, conforme comprovantes anexos, mediante crédito em minha conta corrente acima identificada.

Estou ciente de que este reembolso somente será concedido quando se enquadrar nas condições previstas no artigo 20 e seus parágrafos do Regulamento do Plano “A”.

Estou ciente de que a BRB SAÚDE somente procederá ao reembolso até o percentual de 50%, sem qualquer custo ou responsabilidade adicional, mesmo que subsidiária, ainda que a soma dos valores reembolsados pela BRB SAÚDE e pela patrocinadora não totalize 100% do valor do medicamento.

Em situações previstas na cláusula 24ª do Acordo Coletivo 2006/2007, o BRB – Banco de Brasília S.A. reembolsará 80% do valor dos medicamentos, mediante crédito em folha de pagamento, e a BRB SAÚDE arcará com os restantes 20%, resultando num reembolso integral.

Data do Requerimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular

**Contato Central de Atendimento 3325-1666 / 0800-610466**

### Uso exclusivo da BRB SAÚDE

Valor Cobrado	Valor de Tabela	Valor a Reembolsar	Valor da Co-participação	Data para o Crédito ____/____/____

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da BRB SAÚDE