

REQUERIMENTO PARA REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO – HOSPITALARES

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 médico-hospitalares, conforme comprovantes anexos, mediante crédito em minha conta corrente acima identificada.

O reembolso somente será concedido quando se enquadrar nas condições descritas abaixo, bem como nas condições previstas no parágrafo 1º do artigo 20 e nos artigos 42 ao 44 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.

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 ____/____/____

Tipo de Despesas:

Medicamento

Odontologia

Hospitalar

Outros

Data ____/____/____

Assinatura da BRB SAÚDE