

Identificação do Titular			
Nome		E-mail	
<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	
CPF	Telefone	Data nascimento	Lotação
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Dados bancários			
Banco:	Agência:	C/C:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pix: <input type="text"/>			

Identificação do Paciente – caso não seja o titular		
Nome		
<input type="text"/> <input type="text"/>		
CPF	Data nascimento	Grau parentesco com titular
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Tipo de despesa		
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica	<input type="checkbox"/> Exames
<input type="checkbox"/> Honorários	<input type="checkbox"/> Odontologia	<input type="checkbox"/> Outros

Solicito reembolso das despesas, segundo documentação anexa, mediante crédito em minha conta - corrente acima identificada.

Estou ciente de que:

- O reembolso de despesas assistenciais – ambulatoriais, hospitalares e odontológicas – deverá ser pleiteado até 180 (cento e oitenta) dias após o evento, mediante apresentação da documentação original, conforme previsto no art. 62 do Regulamento do Plano A-1;
- O reembolso de medicamentos previsto na Assistência Farmacêutica deverá ser pleiteado até 120 (cento e vinte) dias após a aquisição do produto, nos termos do art. 28 do Regulamento do Plano A-1.
- Declaro para os devidos fins, que tenho total ciência de que os meus dados pessoais e/ou sensíveis aqui coletados por força do Regulamento serão tratados pela Saúde BRB, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas enquanto houver necessidade contratual, de cumprimento de obrigação legal e regulatória e até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a operadora de saúde mantê-los armazenados por termos estabelecidos pela legislação vigente.

Data do requerimento	Assinatura do titular		
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>		

Uso exclusivo da Saúde BRB				
Valor cobrado	Valor tabela	A reembolsar	Coparticipação	Data crédito
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Data	Responsável pela liberação
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>