Ilmo. Sr. Diretor de Relacionamento com os Segurados

_____

segurado deste instituto, matrícula nº I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___, requer a V. Sa. o reembolso do valor pago, conforme documento no verso e ATESTO, sob as penas da Lei, que o serviço médico foi prestado.

Outrossim, informa o nº de sua conta bancária:

BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BANRISUL

AGÊNCIA nº I___I___I___I - _____.

Conta nº I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___.

CPF nº I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___.

Nestes termos,

Pede deferimento.

_____,_____ de _____de _____.
Localidade

_____

Assinatura

(endereço completo – inclusive CEP)

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

IMPORTANTE:

a) ANEXAR xeros da CARTEIRA DE IDENTIDADE SOCIAL (frente e verso) do titular e dependente quando este for o paciente.

b) Caso o paciente possua MAIS DE UMA matrícula do IPE-Saúde, favor mencioná-la,

_____.