



Divisão de Assistência Médico-Social - APM

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

TITULAR: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ PLANO: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ USUÁRIO (cód. dependência): \_\_\_\_\_

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DA AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ C/CORRENTE: \_\_\_\_\_

FAVORECIDO: \_\_\_\_\_

CGC/CPF: \_\_\_\_\_ ATENDIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

ESPÉCIE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

VALOR PAGO PELO TITULAR: \_\_\_\_\_

VALOR DO REEMBOLSO (não preencher): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SOLICITANTE

PARA USO DO IPEN-CNEN/SP (não preencher)

VALOR DA U.S. NO MÊS DO ATENDIMENTO :

QUANTIDADE DE C.H. :

VALOR DO REEMBOLSO (U.S. x C.H.) :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATA DA SOLICITAÇÃO

\_\_\_\_\_  
ASS.FUNCIONÁRIO DO IPEN-CNEN/SP