Ilmo. Sr. Diretor de Relacionamento com os Segurados

Eu, _____,

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

Outrossim, informo o nº da conta bancária para recebimento:

BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BANRISUL - 041

AGÊNCIA nº I__I__I__I -_____.

Conta nº I__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__.

Nome completo: _____.

Matr. IPE Saúde: __I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__.

Nestes termos,

Pede deferimento.

_____, _____ de_____de_____.
Localidade

_____

Assinatura do solicitante

_____

(endereço completo – inclusive CEP)

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

IMPORTANTE:

a) ANEXAR a CARTEIRA DE IDENTIDADE SOCIAL (frente e verso) do titular e dependentequando este for o paciente.

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