

ANEXO II PEDIDO DE REEMBOLSO

Beneficiário: _____

Inscrição no SEPREV n.º: _____

Beneficiário titular: _____

CPF do titular: _____

Solicito o reembolso das despesas médico-hospitalares prestadas ao beneficiário citado acima, conforme documento(s) anexo(s).

Dados bancários para pagamento (se aprovado o pedido de reembolso):

Banco:	Tipo de conta:	Agência:	Conta:

Indaiatuba, ____ / ____ / ____

Assinatura do beneficiário ou responsável