

**ANEXO II  
PEDIDO DE REEMBOLSO**

Beneficiário: \_\_\_\_\_

Inscrição no SEPREV n.º: \_\_\_\_\_

Beneficiário 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):

<b>Banco:</b>	<b>Tipo de conta:</b>	<b>Agência:</b>	<b>Conta:</b>

Indaiatuba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura do beneficiário ou responsável

**PARA USO DO SEPREV**

<b>Serviços realizados</b>	<b>Qtde.</b>	<b>Código TUSS</b>	<b>Valor SEPREV</b>	<b>Copart.</b>	<b>Valor para reembolso</b>

**VALOR TOTAL** (calculado para o reembolso): R\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (carimbo e assinatura do responsável)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parecer da Diretoria de Assistência à Saúde:** ( ) favorável ( ) desfavorável

**Valor aprovado para reembolso:** R\$ \_\_\_\_\_

**Obs.:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indaiatuba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Diretoria de Assistência à Saúde