



Pedido de Reembolso dependentes



clique nos campos abaixo para editar

Nº Titular

Nome do Titular

Tel / Cel

Nº do dependente

Nome do dependente



É de **extrema importância** o correto preenchimento da identificação de quem de fato realizou a despesa, quando do preenchimento do formulário de solicitação de reembolso, pois o mesmo impacta diretamente nos dados informados à receita federal na Declaração Anual do Imposto de Renda e na sua DMED anual.

DADOS DO RECIBO ANEXADO

(Todas as informações abaixo devem ser preenchidas conforme o documento fornecido pelo prestador.)

Nº do Conselho Regional

Nº do CNPJ/CPF

Valor do recibo

Data do recibo

Atendimento	Qtde.	Valor do procedimento
Óculos / Lente	_____	_____
Psicologia	_____	_____
Fonoaudiologia	_____	_____
Terapia Ocupacional	_____	_____
RPG	_____	_____

Atendimento	Qtde.	Valor do procedimento
Acupuntura	_____	_____
Nutrição	_____	_____
Consulta	_____	_____
Outros	_____	_____
Outros	_____	_____