



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS  
DO BANCO DA AMAZÔNIA S.A

ANS nº 35876-4

## PEDIDO DE REEMBOLSO DE DESPESAS

### DADOS DO BENEFICIÁRIO ATENDIDO

Número do cartão	Nome completo	Telefone	<input type="checkbox"/> Plancafs <input type="checkbox"/> Plano Família
------------------	---------------	----------	---

### DADOS DO EVENTO 1

<b>Solicitação</b>	Nome do Médico: _____ CRM: _____		
<b>Execução</b>	Nome do evento: _____	Código Tabela CBHPM 4ª ed.	
	Nome do Médico: _____ CRM: _____		
	Data de autorização: ___/___/___	Data de realização: ___/___/___	
	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Laboratório
	Valor pago: R\$ _____		Valor reembolsado: R\$ _____

### DADOS DO EVENTO 2

<b>Solicitação</b>	Nome do Médico: _____ CRM: _____		
<b>Execução</b>	Nome do evento: _____	Código Tabela CBHPM 4ª ed.	
	Nome do Médico: _____ CRM: _____		
	Data de autorização: ___/___/___	Data de realização: ___/___/___	
	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Laboratório
	Valor pago: R\$ _____		Valor reembolsado: R\$ _____

### DADOS DO EVENTO 3

<b>Solicitação</b>	Nome do Médico: _____ CRM: _____		
<b>Execução</b>	Nome do evento: _____	Código Tabela CBHPM 4ª ed.	
	Nome do Médico: _____ CRM: _____		
	Data de autorização: ___/___/___	Data de realização: ___/___/___	
	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Laboratório
	Valor pago: R\$ _____		Valor reembolsado: R\$ _____

**VALOR TOTAL PAGO: R\$ \_\_\_\_\_**

### DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_  C/C \_\_\_\_\_  C. Poupança \_\_\_\_\_

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009 Assinatura (Beneficiário atendido / Titular) \_\_\_\_\_