



ANS – nº 32755-7

solicitação de reembolso – deslocamento/transporte

Nome Titular: _____	CPF Titular: _____
<input type="checkbox"/> Procedimento Realizado pelo próprio titular	<input type="checkbox"/> Procedimento Realizado por dependente:
Nome do Dependente se for o caso: _____	
E-mail _____ Fone _____	
Assinale uma das opções para o depósito, indicando para quem o reembolso deve ser realizado e preencha os dados bancários na opção escolhida:	
<input type="checkbox"/> Dados Bancários do Titular: Banco _____ Agência: _____ C/C _____ CPF Titular da Conta _____	
<input type="checkbox"/> Dados Bancários do Dependente: Banco _____ Agência: _____ C/C _____ CPF Titular da Conta _____	
**IMPORTANTE: O depósito será realizado apenas para TITULAR ou DEPENDENTE que realizou o procedimento. EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ REALIZADO O DEPÓSITO EM CONTA DE TERCEIROS, AINDA QUE O DEPENDENTE NÃO TENHA CONTA BANCÁRIA.	

Número do Protocolo de autorização reembolso Casacaesc/Unimed (quando houver):

_____.

Documentos obrigatórios para solicitação de reembolso de deslocamento/transporte:

- 1- Declaração de comparecimento informando a data e o local do atendimento.
- 2- Email emitido pela Casacaesc / Unimed com o protocolo da autorização.

Observações:

Serão pagos deslocamentos somente para atendimentos médicos/odontológicos com autorização prévia da Casacaesc / Unimed.

O envio dos documentos deve ser por:

- **Email:** reembolso@casacaesc.org.br ou
- **Whatsapp:** (48) 99686-0031 (com foto legível) ou
- **Carta ou presencial:** Rodovia Admar Gonzaga, Número1347, Bairro Itacorubi – Florianópolis- SC- CEP: 88034-901; ou
- **Via malote da Epagri**

Importante:

A falta de documento/informação no prazo de 30 dias, a contar da solicitação do reembolso, implicará devolução ou arquivamento temporário processo para regularização.

Leia atentamente as informações acima e, em caso de dúvidas, enviar no email reembolso@casacaesc.org.br ou por telefone no (48)3665 5473.

_____, _____ de _____ de 20____.

(Local, dia mês e ano)

Assinatura do Beneficiário solicitante