

Dados do Beneficiário

Nome: _____ Cartão: 063. _____

CPF: ____-____-____/____ RG: _____

Formas de Recebimento

Responsável Financeiro: _____

CPF: ____-____-____/____

Telefones de Contato: () _____ / () _____

E-mail: _____

Escolha uma das opções abaixo:

<input type="radio"/>	Crédito na próxima fatura	
<input type="radio"/>	Depósito (conta corrente)	Responsável Financeiro: _____ Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ CPF: _____
<input type="radio"/>	Pagamento Cheque Nominal	Responsável Financeiro: _____ CPF: ____-____-____/____

Descreva o Motivo da Solicitação_____
Assinatura do Responsável Financeiro**Documentos que devem ser anexados a esta solicitação:**

- Cópia da RG e CPF do responsável financeiro;
- Para pagamento de fatura em duplicidade: comprovantes de pagamentos;
- Para pagamento de consulta médica: Recibo;
- Para pagamento de exames/internações: pedido e relatório médico, notas fiscais, e recibos.