

AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE DE TERCEIROS (PESSOA FÍSICA)

Pelo presente documento eu,,
portador do documento de identidade nº, expedida em, inscrito
no CPF nº, e cadastrado na Unimed-Rio com o código
....., autorizo a mesma a realizar o depósito, do pagamento do reembolso, a ser
calculado, referente ao protocolo nº, em conta de terceiros (Pessoa Física), conforme os
dados abaixo:

Titular da Conta Corrente:

CPF do titular:

RG do titular:

Telefone de contato:

E-mail:

Banco:

Agência:

Tipo de Conta:

Nº da Conta Corrente:

OBSERVAÇÃO: A conta informada não pode ser de pessoa jurídica, poupança, benefício (INSS) ou
conta salário.

O pagamento do reembolso do beneficiário está condicionado ao preenchimento correto e legível de todos
os campos do formulário, além de cópias dos documentos de identidade, com foto, tanto do favorecido
quanto do titular. O não preenchimento de qualquer informação isenta a Unimed-Rio de qualquer
transtorno decorrente da não efetivação do pagamento. O prazo para pagamento é de até 30 dias, sendo o
mesmo sujeito a análise administrativa e médica.

Rio de Janeiro, de de

.....

Assinatura