



**AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO DE REEMBOLSO EM CONTA CORRENTE DE TERCEIRO**  
**(PESSOA FÍSICA)**

Pelo presente documento eu, ....., portador do documento de identidade nº ....., expedida em ....., inscrito no CPF nº ....., e beneficiário de plano de saúde na Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda., sob o código nº ....., autorizo a esta Operadora a realizar o depósito em conta de terceiros (Pessoa Física), conforme os dados abaixo indicados, à título de reembolso de despesas médicas realizadas e de mensalidades, no valor de R\$ \_\_\_\_\_, referente à solicitação realizada em ...../...../20....., mediante protocolo nº .....

Os valores de reembolso em conta de terceiros está limitado a R\$ 500,00.

**Dados da conta:**

Nome do Titular da Conta:

CPF:

RG:

Telefone de contato:

E-mail:

Banco:

Agência:

Tipo de Conta:

Nº da Conta:

**OBSERVAÇÃO:**

- O reembolso será feito através de DOC em conta corrente, conta conjunta (em nome do 1º titular da conta) ou conta poupança. Não será possível depósito em contas benefício (INSS), pessoa jurídica, conta salário e em conta poupança emitida por lotéricas.

- O pagamento do reembolso está condicionado ao preenchimento correto e legível de todos os campos deste formulário. 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 a contar da assinatura do presente, estando o mesmo sujeito a análise administrativa e médica.

- Nos casos de devoluções das solicitações de reembolso, ocasionados por erro de preenchimento ou insuficiência de dados, ou ainda pela falta de apresentação da documentação obrigatória exigida, um novo prazo de 30 (trinta) dias se iniciará a contar da data da reapresentação dos documentos devidamente corrigidos.

Rio de Janeiro, ..... de ..... de .....

.....  
Assinatura do Beneficiário