



Nome do Segurado (a)

Segurado (a) regularmente inscrito (a) no IMASF sob nº. _____
vem respeitosamente, de acordo com a legislação em vigor, expor e requerer:

Neste termo, pede deferimento.

São Bernardo do Campo, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do (a) Segurado (a) Titular

Telefone para contato: _____

Campo obrigatório

IMPORTANTE:

- Reembolso concedido pelo IMASF apenas aos Segurados dos planos **Intermediário e Especial I.**
- O recibo deve ser **original** e constar: **CNPJ ou CPF; carimbo e assinatura do profissional.**
- O prazo é de **180 (cento e oitenta) dias** da data do atendimento, para o pedido de reembolso.

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA DEPÓSITO DO REEMBOLSO

Nº. DA INSCRIÇÃO: _____

Segurado Titular

DADOS BANCÁRIOS:

Nome do Titular da Conta: _____

Nº. CPF (CIC) do Titular da Conta Corrente: _____

Banco: _____ Nº. da Agência: _____ Dígito: _____

Nº. Conta Corrente: _____

IMPORTANTE: É necessário colocar todos os números da conta corrente, inclusive o dígito.

CADASTRO IMASF

Houve alguma alteração cadastral? (endereço, estado civil, fone...).

() SIM () NÃO Qual? ____--_____

E-mail: _____

VISTO DO ATENDIMENTO: _____