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

Titular da Conta:	
Data de Nascimento:	
RG do Titular:	
CPF do Titular:	
Endereço:	
Telefone de contato:	
E-mail:	
Banco:	
Agência:	
Tipo de Conta:	
Nº da Conta:	

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 São José do Rio Preto 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.

São José do Rio Preto, ... de ..... de .....

.....

Assinatura (Titular do Plano)