GUIA DE REEMBOLSO MÉDICO/HOSPITALAR/DOMICILIAR

Número

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nº Cartão	Nome do paciente
CPF	DDD - Telefone

DADOS DO EXECUTANTE

CNPJ/CPF		Nome
Especialidade		Registro (CRM, CRP, COREN, etc.)
Cidade	UF	DDD - Telefone

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas dos artigos 171 e 299 do código penal e 927 do código civil, que o(s) Serviço(s) Médico(s)/Hospitalar(es) descritos(s) no(s) documento(s) fiscal(is) e/ou recibo(s) foi (foram) por mim devidamente pago(s).

/ /

Data — Assinatura do Paciente / Responsável

Serviços Profissionais (Preenchimento Cabesp)

Código do Procedimento	Inc.	Grau de participação	Data	Valor

Senha/Autorização

Valor solicitado R$

PARA USO DA CABESP

ATENÇÃO

- Consulte o portal Cabesp (www.cabesp.com.br) sobre as orientações e quesitos necessários para solicitação de REEMBOLSO MÉDICO/HOSPITALAR/DOMICILIAR;
- Preencha corretamente todos os campos GUIA DE REEMBOLSO MÉDICO/HOSPITALAR/DOMICILIAR (MCABESP 0126), assine e anexe cópia do recibo ou nota fiscal do paciente informado acima;
- Encaminhe a documentação pelos Correios no endereço abaixo ou entregue em nossa Central de Atendimento:

CABESP
Avenida Liberdade, 823 - Liberdade - São Paulo - SP.
CEP 01503-001
Para maiores informações ligue DISQUE CABESP:
0800 722-2636