

Reembolso de Lentes Oftalmológicas

Informações do titular

Nome completo		Matrícula	
E-mail particular			
E-mail institucional			
Telefone residencial		Telefone celular	

Informações sobre documentação necessária

Cupom ou Nota Fiscal, sem emendas ou rasuras, emitido há, no máximo, 30 dias, contendo: 1) nome do beneficiário; 2) descrição do material adquirido; 3) valor total.	Prescrição médica legível, contendo: 1) nome do beneficiário; 2) descrição; 3) data de emissão; 4) assinatura e carimbo do médico com número do registro no respectivo Conselho.	Relatório médico justificando a necessidade, nos seguintes casos: 1) lentes de contato ceratocone; 2) lentes de contato gelatinosa tórica; 3) lentes de contato fluorcarbonada especial.
---	--	---

❗ A nota fiscal ou o recibo somente serão aceitos se emitidos há, no máximo, trintas dias, nos termos do [AD 98/2019](#).

Informações do pedido de reembolso

Beneficiário atendido	Material adquirido	Valor R\$	Nº da NF ou Cupom	Data da NF ou Cupom
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			

Solicito reembolso da(s) despesa(s) acima discriminada(s), encaminhando a documentação necessária para habilitar-me ao reembolso e estou ciente dos [normativos vigentes](#).

Local e Data:

Assinatura do titular: