



www.unimedrj.coop.br
Av. Rio Branco, 81 - 8º andar
20040-004 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
T. (21) 2122-4248

Autorização para depósito em conta de terceiro (Pessoa Física)

Pelo presente documento eu titular

.....,
portador do documento de identidade nº,
inscrito(a) no CPF nº, e cadastrado(a) na Unimed
Ferj, 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, 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 **FERJ** 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.

Rio de Janeiro, de de

.....
Assinatura (Titular do Plano)