

## SOLICITAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE

CONVÊNIO A SER UTILIZADO:

- |                                                  |                                                            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BRB (Distrito Federal)  | <input type="checkbox"/> DESBAN (Cidade de Belo Horizonte) |
| <input type="checkbox"/> CABERJ (Estado do RJ)   | <input type="checkbox"/> FUND. SAÚDE ITAÚ (Estado de MG)   |
| <input type="checkbox"/> CABESP (Estado do SP)   | <input type="checkbox"/> FUND. SAÚDE ITAÚ (Estado do PR)   |
| <input type="checkbox"/> CAMED (Região Nordeste) |                                                            |

NOME DO BENEFICIÁRIO: \_\_\_\_\_

Rua/Avenida: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Motivo da Utilização: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

OPÇÕES PARA ENVIO DA AUTORIZAÇÃO E/OU CARTÃO:

- |                                               |
|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Buscar na BANESCAIXA |
| <input type="checkbox"/> Endereço: _____      |
| <input type="checkbox"/> E-mail: _____        |
| <input type="checkbox"/> Fax: _____           |
| <input type="checkbox"/> Lotação: _____       |

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário