



Participante

Registro

 Ativo - Lotação: _____ Aposentado/Pensionista Vinculado

Telefone

Despesas

Para uso exclusivo de MEDICAMENTOS

Registro de quem utilizou	Nome de quem utilizou	Data do atendimento	Valor - R\$ -	Município do atendimento	Observações

Autorizo a FUNDAÇÃO COPEL a realizar perícia, caso julgar necessário, e a creditar ao titular, via análise de pagamento, o valor correspondente ao reembolso, nos termos dos regulamentos em vigor. Assumo total responsabilidade sobre a veracidade do(s) documento(s) apresentado(s).

Data_____
Assinatura do beneficiário / responsável41.3883 6000 | R. Treze de Maio, 616 | São Francisco | 80510.030 | Curitiba | PR | www.fcopel.org.br

Os medicamentos serão reembolsados conforme o regulamento da Fundação Copel.

ANS - nº 355151