SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO - BENEFÍCIOS ABET

Central de Atendimento 08000 111 777 - 2ª a 6ª das 09h às 17h, exceto feriados
Av. Brigadeiro Luís Antônio 2.696- Conjunto 11 - CEP: 01402-000- São Paulo (SP)
www.abet.com.br
CNPJ: 63.089.205/0001-05

( ) MEDICAMENTOS ( ) MANIPULAÇÃO ( ) AUXÍLIO VESTIBULAR

( ) PRODUTOS ORTOPÉDICOS ( ) PRODUTOS ÓTICOS

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO TITULAR	
Nome do Associado Titular da ABET:	**Telefone:** ( )
Código da carteira de Associado da ABET:	

DADOS DA NOTA/CUPOM FISCAL	
Nº	**VALOR R$**

ORIENTAÇÕES:

Para Solicitação de Reembolso dos Benefícios, encaminhar à ABET este Formulário devidamente preenchido e assinado, anexando os documentos pertinentes ao Benefício solicitado e obedecendo ao prazo estabelecido, sendo:
- Notas/Cupons Fiscais, Recibo de Associações de Diabéticos (quando de aquisições de Insulinas) e INVOICE (produtos importados), originais.
- Receita Médica/Odontológica.

Prazo para solicitação: até 30 (trinta) dias da data da emissão do documento.

O crédito de reembolso de todas as categorias de associados é feito com base nos dados constantes do cadastro da ABET, sendo em folha de pagamento ou em conta corrente. Mantenha seus dados atualizados através do Site ABET ou da Central de Atendimento da ABET, evitando assim o não recebimento do reembolso.

Para detalhes e critérios dos Benefícios, consulte o **REGULAMENTO** disponível no Site ABET www.abet.com.br, ou contate a Central de Atendimento 08000-111-777 disponível de segunda a sexta das 09:00 às 17:00, exceto feriados.

LOCAL	DATA	ASSINATURA DO SOLICITANTE DO REEMBOLSO

PARA USO DA ABET			
DATA RECEPÇÃO	**LOCAL**	**ATENDENTE**	**Nº ATENDIMENTO**