



ANS - nº 41754-8

Declaração de Desembolso de Valores

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF nº _____, *DECLARO, para os devidos fins de direito, que realizei o desembolso do valor total para arcar com o(s) serviço(s)/procedimento(s) indicado(s) na solicitação de reembolso em anexo, no montante de R\$ _____ (_____), na data de ____/____/____, por meio de dinheiro.*

Estou ciente e concordo que:

1. O direito ao reembolso somente é devido em caso de efetivo desembolso dos valores referentes às despesas médicas/odontológicas efetuadas.
2. Ao fornecer informações falsas com o objetivo de obter vantagem indevida, prejudicando terceiros, estou cometendo uma infração ao Regulamento do Plano, o que pode resultar na exclusão ou suspensão da minha assistência à saúde e de meus dependentes e agregados pela FioSaúde, além de configurar crime, conforme o artigo 171 do Código Penal Brasileiro.
3. Ao fornecer informações falsas com o objetivo de criar uma obrigação ou alterar a veracidade de um fato, estou cometendo o crime de falsidade ideológica, conforme estabelecido no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.
4. Esta transação financeira pode ser reportada ao Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF.

Data ____ / ____ / ____.

Assinatura do(a) beneficiário(a)

CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ – FIOSAÚDE

Avenida Brasil 4036/3º andar – Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP 21040-361

Central de Atendimento 0800 28 28 878, (21) 3865-1898