

## FORMULÁRIO DE PEDIDO DE REEMBOLSO

### DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME DO BENEFICIÁRIO:

NÚMERO DO CARTÃO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

RG:

CPF:

TIPO DE PLANO:

CELULAR:

TELEFONE PARA CONTATO:

EMAIL:

Caso o beneficiário não seja o titular do plano, informar o nome do titular:

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DESCRIÇÃO DO EVENTO:

DATA DA REALIZAÇÃO:

Nº DO PROTOCOLO DE  
COMUNICADO À OPERADORA:

DATA DO  
COMUNICADO:

NOME OU RAZÃO SOCIAL  
DO PRESTADOR:

CIDADE ONDE FOI REALIZADO O  
PROCEDIMENTO:

CNPJ OU CPF DO PRESTADOR:

### DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### QTDE

### DATA

### VALOR TOTAL

### URGÊNCIA

### ELETIVO

CONSULTA MÉDICA

EXAMES COMPLEMENTARES

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

INTERNAÇÃO (DIÁRIAS)

HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

OUTROS:

VALOR TOTAL SOLICITADO:

### DADOS BANCÁRIOS PARA O REEMBOLSO

NOME DO TITULAR DA CONTA

CPF

TIPO DE CONTA

( ) CONTA CORRENTE

( ) POUPANÇA

NOME DO BANCO

Nº BANCO/CÓDIGO

AGÊNCIA

Nº CONTA

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

### CONSULTAS

- Nota Fiscal ou Recibo com CNPJ/CPF;
- Atestado médico de comparecimento à consulta com a data de especialidade médica da consulta demandada, carimbo e assinatura do médico;
- Protocolo de comunicado prévio à Operadora;
- Formulário de Reembolso preenchido.

### EXAMES

- Pedido médico com a codificação TUSS do serviço realizado, contendo carimbo e assinatura do médico;
- Justificativa médica para o exame solicitado;
- Data e local da realização;
- Caráter da solicitação (urgência ou eletivo);
- Nota Fiscal ou Recibo (com CPF/CNPJ, assinatura e carimbo do médico);
- Discriminação dos serviços executados;
- Protocolo de comunicado prévio à Operadora;
- Formulário de Reembolso preenchido.

### DESPESAS HOSPITALARES - INTERNAÇÃO E OUTRAS DESPESAS

- Pedido médico do serviço realizado;
- Relatório médico com justificativa detalhada do motivo que ensejou a internação;
- Relatório cirúrgico (nos casos de cirurgia) contendo informações da equipe cirúrgica e justificativa da solicitação;
- Relatório médico com justificativa detalhada do motivo que ensejou a terapêutica solicitada (nos casos de medicamentos ou de outras despesas);
- Relatório anestésico (nos casos de reembolso de despesas anestésicas);
- Nota Fiscal ou Recibo (com CPF ou CNPJ, assinatura e carimbo do médico);
- Discriminação dos serviços realizados em notas/recibo (as despesas devem ser listadas por itens: material, medicamentos e taxas com os respectivos valores e códigos dos procedimentos realizados);
- Protocolo de comunicado prévio à Operadora;
- Formulário de Reembolso preenchido.

### DESPESAS HOSPITALARES - HONORÁRIOS

- Pedido médico do serviço realizado;
- Discriminação dos serviços realizados em notas/recibo: valores e códigos dos procedimentos realizados;
- Registro do período de internação (data de internação e data de alta);
- Nota Fiscal ou Recibo (com CPF/ CNPJ, assinatura e carimbo do médico);
- Relatório médico com justificativa detalhada do motivo que ensejou o serviço solicitado (honorários médicos);
- Relatório cirúrgico (nos casos de cirurgia) contendo informações da equipe cirúrgica e justificativa da solicitação;
- Relatório anestésico (nos casos de reembolso de despesas anestésicas);
- Protocolo de comunicado prévio à Operadora;
- Formulário de Reembolso preenchido.

### SITUAÇÕES ESPECIAIS

#### Em se tratando de Terapias (Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia e outras)

- Pedido médico com justificativa técnica;
- Folha de frequência da terapia ou evolução do profissional assinada diariamente;
- Relatório dos serviços realizados pelo fisioterapeuta/ fonoaudiólogo/ psicólogo/ terapeuta ocupacional ou outros;
- Nota Fiscal ou Recibo (com CPF/CNPJ, carimbo, assinatura do profissional e descrição dos procedimentos realizados);
- Protocolo de comunicado prévio à Operadora;
- Formulário de Reembolso preenchido.

### REMOÇÕES

- Pedido médico com carimbo e assinatura;
- Nota Fiscal ou Recibo (com CPF/ CNPJ, carimbo, assinatura do médico e descrição do transporte realizado);
- Relatório médico detalhando o motivo da remoção e tipo de remoção solicitada;
- Relatório médico informando a quilometragem, o local de atendimento inicial e o local de destino;
- Relatório médico do atendimento inicial, realizado no local de destino;
- Protocolo de comunicado prévio à Operadora;
- Formulário de Reembolso preenchido.