

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nº DO CARTÃO	NOME DO SEGURADO TITULAR
E-MAIL DO SEGURADO TITULAR	ESTIPULANTE

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE	DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO	VALOR DO RECIBO
NOME DO DENTISTA/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA	TELEFONE DO DENTISTA/ CLÍNICA	CRO	CPF/CNPJ
NOME DO PACIENTE	DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO	VALOR DO RECIBO
NOME DO DENTISTA/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA	TELEFONE DO DENTISTA/ CLÍNICA	CRO	CPF/CNPJ

DISCRIMINAR PROCEDIMENTOS REALIZADOS

1	DESCRIPÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO FACE	VALOR R\$	DATA REALIZAÇÃO	ASSINATURA
		/ /	/ /		
2		/ /	/ /	/ /	
3		/ /	/ /	/ /	
4		/ /	/ /	/ /	
5		/ /	/ /	/ /	
6		/ /	/ /	/ /	
7		/ /	/ /	/ /	
8		/ /	/ /	/ /	
9		/ /	/ /	/ /	
10		/ /	/ /	/ /	

CARIMBO E ASSINATURA DO DENTISTA

OBSERVAÇÃO

EM CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO Nº117 DA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

R.G. DO SEGURADO TITULAR	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL		
DATA DE NASCIMENTO	CPF		ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA		
ENDERECO DO SEGURADO TITULAR			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	(DDD) TELEFONE	
NOME DA MÃE DO SEGURADO TITULAR					

DADOS PARA O REEMBOLSO

Atenção: Verifique com precisão os dados da conta para depósito, CASO HAJA EVETUAIS ALTERAÇÕES FAVOR PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO COM AS INFORMAÇÕES CORRETAS, o não preenchimento isenta a Porto Seguro - Seguro Saúde de qualquer transtorno decorrente da não efetivação do crédito. Em caso de estorno, o pagamento estará sujeito a atraso. Conforme Instrução Normativa do Bacen nº 003030 de 12/04/01, a partir de 01/07, passa a ser obrigatória a informação do CPF do favorecido. Antes da efetivação do crédito existirá a confirmação do CPF com a conta corrente. Havendo divergências, o crédito será recusado. A Porto Seguro - Seguro Saúde S/A., não se responsabiliza pela não efetivação do crédito.

<input type="checkbox"/> CHEQUE NOMINAL	LOCAL PARA RETIRADA SUC/REG	CPF DO FAVORECIDO	NOME DO FAVORECIDO	
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	Nº DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA(SEMDIG)	Nº DA CONTA CORRENTE	DIG CPF (Preenchimento obrigatório)

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O REEMBOLSO

- REBOLSO ORIGINAL (EM PAPEL TIMBRADO) / NOTA FISCAL QUITADA, COM ENDEREÇO, TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO E CARIMBO DO ESPECIALISTA QUE PRESTOU O ATENDIMENTO;
- DADOS DO PROFISSIONAL QUE PRESTOU O ATENDIMENTO (NOME, CPF, CRO, ESPECIALIDADE E CARIMBO);
- DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTOS REALIZADOS, COM VALORES UNITÁRIOS E TOTAL (NA TABELA ACIMA COM LOCAL, DATA DE REALIZAÇÃO, ASSINATURA E CARIMBO DO DENTISTA);
- PARA PAGAMENTO DEVEM SER APRESENTADAS AS RADIOGRAFIAS INICIAIS E FINAIS DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS;
- PARA REEMBOLSO DE RADIOLOGIA, APRESENTAR A SOLICITAÇÃO DO DENTISTA EM PAPEL TIMBRADO COM DATA, ASSINATURA E CARIMBO;
- REEMBOLSOS ACIMA DE R\$ 10.000,00: O TITULAR/RESPONSÁVEL DEVERÁ APRESENTAR CÓPIA DO RG, CPF OU CNPJ E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, PARA QUE O PAGAMENTO SEJA EFETUADO, CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA 117 DE 30 DE NOVEMBRO DE 2005.

IMPORTANTE

De acordo com as Condições Gerais da Apólice , poderá a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do pedido de reembolso, sendo que o prazo para o pagamento ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências.

A não autenticidade dos documentos apresentados e/ou omissão de qualquer informação prestada, na tentativa de obter vantagem indevida do seguro, como exemplo, o desdobramento de recibos, recibos de atendimento de outras pessoas que não seguradas emitidos em nome do segurado, recibos falsos ou adulterados e outras irregularidades, constituem fraude contra o seguro e podem resultar na perda do direito ao reembolso, cancelamento da apólice e implicações judiciais.

LOCAL E DATA

ASSINATURA SEGURADO/RESPONSÁVEL

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: 011 3366.3003 (Grande São Paulo) 0800.727.2800 (Demais localidades)
 SAC: 0800.727.2762 (Reclamação, cancelamento e informação) 0800.727.8736 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 ou acesse: www.portoseguro.com.br