

## 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

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	FACE	VALOR R\$	DATA REALIZAÇÃO	ASSINATURA
1					/ /	
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	
ENDEREÇO 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

- RECIBO 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](http://www.portoseguro.com.br)