

# SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nº DO PROTOCOLO

Nº DO CARTÃO	NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR		
E-MAIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR	TELEFONE PARA CONTATO	TELEFONE CELULAR	
CONTRATANTE			

## INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DO HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM
CPF/CNPJ		
NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DO HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM
CPF/CNPJ		
NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DO HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM
CPF/CNPJ		
NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DO HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM
CPF/CNPJ		

## OBSERVAÇÃO

EM CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO nº117 DE 30/11/2005 DA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

R.G. DO BENEFICIÁRIO 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 BENEFICIÁRIO TITULAR	Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
		(DDD) TELEFONE	
NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO TITULAR			

## DADOS PARA O REEMBOLSO

**ATENÇÃO:** Verifique com precisão os dados da conta para depósito, caso haja eventuais alterações favor preencher os campos abaixo com as informações corretas, o não preenchimento isenta a Portomed Planos de 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 Portomed Planos de Saúde, 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 MÉDICO QUE PRESTOU O ATENDIMENTO;  
 - DADOS DO PROFISSIONAL QUE PRESTOU O ATENDIMENTO (NOME, CPF, CRM, ESPECIALIDADE E CARIMBO);  
 - DISCRIMINAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO E DATA DA REALIZAÇÃO;  
 - PARA EXAMES SIMPLES: DEVEM SER APRESENTADOS OS LAUDOS;  
 - PARA DESPESAS HOSPITALARES: APRESENTAR A DISCRIMINAÇÃO DOS ITENS E OS VALORES UNITÁRIOS;  
 - PARA FISIOTERAPIA / QUIMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA: APRESENTAR O PEDIDO MÉDICO COM DIAGNÓSTICO E DATAS DE REALIZAÇÃO DAS SESSÕES;  
 - PARA REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO JUSTIFICANDO A NECESSIDADE DA REMOÇÃO DO PACIENTE, CONTENDO A DATA DO EVENTO, LOCAL DE SAÍDA, DESTINO E A QUILOMETRAGEM PERCORRIDA;  
 - REEMBOLSOS IGUAIS E/OU 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 Nº117 DA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

## IMPORTANTE

De acordo com as condições gerais do contrato e conforme o Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, a Operadora está autorizada a solicitar a médicos, hospitais e serviços correspondentes, todas as informações necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relacione aos documentos apresentados, inclusive os prontuários médicos.  
 Para os planos Portomed I a IV será garantido o reembolso das despesas cobertas realizadas, exclusivamente nos atendimentos de urgência e emergência, quando não houver possibilidade de utilização da rede credenciada da Operadora dentro da área de abrangência definida em contrato.  
 A não autenticidade dos documentos apresentados e/ou omissão de qualquer informação prestada, na tentativa de obter vantagem indevida do plano, como exemplo, o desdobramento de recibos, recibos de atendimento, de outras pessoas que não beneficiadas emitidos em nome do beneficiário, recibos falsos ou adulterados e outras irregularidades, constituem fraude contra o plano e podem resultar na perda do direito ao reembolso, cancelamento da contrato e implicações judiciais.

LOCAL E DATA

ASSINATURA BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: 011 3366.3727 (Grande São Paulo) 0800.727.3050 (Demais localidades)  
 SAC: 0800.727.6161 (Reclamação, cancelamento e informação) 0800.727.8736 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou acesse: [www.portoseguro.com.br/PORTOMED](http://www.portoseguro.com.br/PORTOMED)