

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

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

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO			
NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO	
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA OU HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM	CPF/CNPJ
NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO	
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA OU HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM	CPF/CNPJ
NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO	
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA OU HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM	CPF/CNPJ
NOME DO PACIENTE	DATA	VALOR DO RECIBO	
NOME DO MÉDICO/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA OU HOSPITAL	ESPECIALIDADE	CRM	CPF/CNPJ

OBSERVAÇÃO			
EM CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO NORMATIVA 117 DE 30/11/2005, OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO. CASO JÁ OS TENHA INFORMADO EM ALGUM OUTRO FORMULÁRIO DA PORTO SEGURO SAÚDE, O PREENCHIMENTO É FACULTATIVO.			
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
NOME DA MÃE DO SEGURADO TITULAR		(DDD) TELEFONE	

DADOS PARA O REEMBOLSO

ATENÇÃO: Verifique com precisão os dados da conta para depósito. 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	Nº DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA (SEMDÍG)	Nº DA CONTA CORRENTE	DÍG.	CPF (Preenchimento obrigatório)
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE					

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O REEMBOLSO

- RECIBO ORIGINAL (EM PAPEL TIMBRADO) / NOTA FISCAL QUITADA, COM ENDEREÇO E TELEFONE DO LOCAL DE ATENDIMENTO;
- DADOS DO PROFISSIONAL QUE PRESTOU O ATENDIMENTO (NOME, CRM E ESPECIALIDADE);
- DISCRIMINAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO E DATA DA REALIZAÇÃO;
- PARA EXAMES: 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 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 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 nº 44.045, de 19 de julho de 1958, a Seguradora 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.

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

Central 24 horas: Grande São Paulo: (11) 3366 3003 - Outras Localidades: 0800 72 72800