

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 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 N° 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. 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 (SEM DÍG)	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, CRO E ESPECIALIDADE);
- 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 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 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 desdobraamento 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

SAC: 0800-727-2762 (informação, reclamação e cancelamento)
0800-727-8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou **Acesse: www.portoseguro.com.br**