

CNPJ 04.540.010/0001-70

**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

Nº DO CARTÃO		NOME DO SEGURADO TITULAR	
E-MAIL DO SEGURADO TITULAR		TELEFONE PARA CONTATO	TELEFONE CELULAR
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 nº117 DA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 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	(DDD) TELEFONE
NOME DA MÃE DO SEGURADO 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 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	DÍG
CPF (Preenchimento obrigatório)				

**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,CPF, 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 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 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**