

**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO - PLANO MÉDICO**

**1. Identificação do Solicitante / Responsável**

No campo "Nome", inserir o Responsável apenas se o beneficiário seja menor de idade.

Nome:		CPF:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:	Telefone:	E-mail:	
Banco:	Código do Banco:	Código Agência:	Conta Corrente:

**2. Identificação do Beneficiário**

Nome:		CPF:	
Dados do Beneficiário que obteve o atendimento:			
PJ	PF	Plano:	
Número da carteirinha:			

**Planos:**

- CP SUPERIOR R1 MARINGÁ COM OBS QC CE - 498.698/24-9
  CP SUPERIOR R1 MARINGÁ COM OBS QP CE - 498.699/24-7  
 CP SUPERIOR MARINGÁ R2 COM OBS QC CE 502.476/25-5
  CP SUPERIOR MARINGÁ R2 COM OBS QP CE 502.475/25-7

**3. Documentação comprobatória dos Serviços Prestados a serem anexadas**

Relação de documentos completas conforme documento: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA REEMBOLSO anexa a este formulário.

**3.1 Prestador Pessoa Física**

Recibo será aceito ou somente nota fiscal, dependente ou titular, com a discriminação do serviço prestado e a data de sua realização, contendo a especialidade, o registro no Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do Prestador;

Recibo original para prestador pessoa fisica/autonomo e nota fiscal para prestador pessoa juridica.

Comprovante de pagamento – Pode ser o comprovante da transação pix, doc, cartão de credito ou debito, extrato bancário ou fatura do cartão.

Documentos adicionais como relatório médico e/ou prontuário clínica em casos especificos podem ser solicitados.

Para pagamentos em dinheiro, será necessário um recibo declarando o pagamento devidamente assinado pelo recebedor.

**3.2 Prestador Pessoa Jurídica**

Recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constatando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura ou Nota Fiscal para os profissionais organizados em Pessoa Jurídica;

Comprovante de pagamento - Pode ser o comprovante da transação pix, doc, cartão de credito ou debito, extrato bancário ou fatura do cartão.

Documentos adicionais como relatório médico e/ou prontuário clínica em casos especificos podem ser solicitados.

Para pagamentos em dinheiro, será necessário um recibo declarando o pagamento devidamente assinado pelo recebedor

**4. Identificação do Profissional da Saúde**

No campo "Nome", inserir o Responsável apenas se o beneficiário seja menor de idade.

Nome:		CPF:	
Endereço:			CNPJ:
Conselho de classe:		Especialidade:	

**ORIENTAÇÕES GERAIS PARA RESSARCIMENTO****1-Documentações Necessárias e Informações:**

A. Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido.

B. Recibo ou nota fiscal original contendo CPF ou CNPJ, emitida pelo profissional/prestador executante, com discriminação do atendimento e data de sua realização, carimbo com assinatura e especialidade do atendimento.

**Importante:** O valor total informado neste formulário deverá corresponder ao valor do recibo apresentado.

C. O recibo deverá ser emitido em nome do titular, caso seja menor de idade deverá constar o nome de quem efetuou o pagamento e o nome do paciente ( e informações conforme no item B ).

D. A nota fiscal deverá conter o CNPJ, carimbo de recebimento, data e assinatura.

E. Declaração de comparecimento com data do atendimento.

**2-Informações Financeiras**

A conta bancária para pagamento informada, deverá ser do titular que efetuou o pagamento na nota fiscal ou recibo ( não sendo aceito de terceiros );

Caso a nota seja emitida em nome de menor de idade, será aceito a conta do requerente do reembolso/ responsável/ representante legal.

Pacientes que não dispõe de conta bancária, o pagamento será efetuado via ordem de pagamento/requerente. Neste caso será o beneficiário comparecerá ao banco Itaú, com documento de identificação e dirigir-se a boca do caixa, dentro de um prazo de 30 dias, ultrapassada esse prazo e caso não tenha feito a retirada, o beneficiário/ requerente deverá contactar a operadora para nova liberação junto ao banco.

Ressaltamos que análise do reembolso ocorrerá em até 30 dias (seja para fins de pagamento ou negativa) sendo o prazo válido somente em posse de toda documentação necessária, caso falte alguma documentação o prazo será paralisado sendo contabilizado 30 dias após recebimento da documentação correta, a operadora poderá entrar em contato para maiores informações e se necessário alguma documentação para finalização da análise.

Em caso de dúvidas ligar 0800 600 0055.

**5. Declaração**

Relatar o que levou ao atendimento particular, caso sejam muitas informações, poderão utilizar outro papel, que deverá ser anexado ao processo.

Eu \_\_\_\_\_, CPF N° \_\_\_\_\_ declaro que estou ciente e fui orientado de que os documentos apresentados serão avaliados do ponto de vista jurídico e técnico e, caso seja procedente o reembolso será feito até o trigésimo dia após a apresentação da documentação completa.

Afirmo serem verídicas todas as informações prestadas por mim, e registradas nesta REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo profissional**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo de responsável pelo atendimento**