

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO

Prévia de reembolso

Solicitação de reembolso

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:	

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 original em nome do assistido, 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;
- Relatório em receituário assinado e carimbado pelo profissional que realizou o procedimento, justificando a execução emergencial.
- Imagem comprobatória da execução. Caso haja a necessidade o beneficiário poderá realizar um exame em unidade radiológica.
- Comprovante de Pagamento

3.2 Prestador Pessoa Jurídica

- Nota Fiscal original, contendo o CNPJ do prestador, data e procedimento realizado;
- 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;
- Relatório em receituário assinado e carimbado pelo profissional que realizou o procedimento, justificando a execução emergencial.
- Obrigatório o envio de imagem comprobatória (raio-x e/ou foto) da execução. Caso haja a necessidade o beneficiário poderá realizar um exame em unidade radiológica.
- Comprovante de Pagamento

Os documentos devem ser enviados para o e-mail faleconosco@humanasaude.com.br.
Em caso de dúvidas ligar para **RN:** 4020-4220 | **MA:** (98) 3334-6000 | **PI:** (86) 3221-1000.

4. Identificação do dentista

Nome do Profissional:	CPF:
Endereço:	CNPJ:

Descrição do procedimento			
Dente / Região	Face	PROCEDIMENTO	VALOR
VALOR TOTAL			

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA RESSARCIMENTO

1-Documentações Necessárias e Informações:

Para todos os casos de reembolso:

Deverão ser enviados para o e-mail faleconosco@humanasaude.com.br as seguintes informações e documentos:

- A. Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido.
- B. Recibo ou nota fiscal original contendo CPF ou CPNJ, 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 do Formulário precisa ser o mesmo do recibo. "
- 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 CGC, carimbo de recebimento, data e assinatura.
- E. Declaração de comparecimento com data do atendimento.

2. Informações Financeiras

- A. A conta bancária para pagamento informada, deverá ser do titular que efetuou o pagamento na nota fiscal ou recibo (não sendo aceito de terceiros);
- B. Caso a nota seja emitida em nome de menor de idade, será aceito a conta do requerente do reembolso/ responsável/ representante legal.
- C. 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.
- D. O(a) beneficiário(a) poderá efetuar o pagamento via cartões de crédito, débito ou dinheiro (deverá solicitar nota fiscal ou recibo conforme orientações já apresentadas acima).

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 para **RN:** 4020-4220 | **MA:** (98) 3334-6000 | **PI:** (86) 3221-1000

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 verdadeiras todas as informações prestadas por mim, e registradas nesta REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO.

_____/_____/_____

Assinatura e carimbo profissional

_____/_____/_____

Assinatura e carimbo de responsável pelo atendimento