

## ORIENTAÇÕES PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

**IMPORTANTE:** para solicitar reembolso de despesas médico-hospitalares, apresente os documentos relacionados abaixo, acompanhados do formulário “Solicitação de Reembolso” contendo todas as informações necessárias.

### Documentação obrigatória:

Cópia Original Inexistente

- |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Termo “Solicitação de Reembolso” devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relatório Médico declarando o quadro clínico do beneficiário justificando a necessidade do procedimento realizado em caráter particular (nome do paciente, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar).  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Guia ou pedido médico (carimbado, assinado e datado);   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibo (somente quando forem honorários médicos) e/ou Nota Fiscal “Original”, com, carimbo, descrição do procedimento, data da realização e nome do beneficiário atendido;  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conta ou Despesa Hospitalar detalhada (discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital), quando houver.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laudos relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibos originais individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Xerox do cartão bancário ou da folha de cheque do titular do plano. Se o titular for menor, a documentação deve ser do responsável pelo plano.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Xerox da Identidade e CPF do Titular Responsável e do favorecido; Para Titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes a terceiros. |

### Orientações gerais:

- O prazo para retorno do processo é de 30 dias, contados da data da apresentação da documentação obrigatória completa à **CACR** (Comissão de Avaliação e Concessão de Reembolso).
- A CACR poderá solicitar a qualquer momento a apresentação de novos documentos, quando necessário.
- Se o cliente não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será através de cheque nominal.
- É permitida a emissão de procuração por parte do Favorecido, com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes de recebimento a terceiros.

Estou ciente de todas as informações,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento de identidade)