



# REQUERIMENTO PARA RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES

**ANS nº 378216**

PARTICIPANTE

MATRÍCULA

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

BENEFICIÁRIO

EMPRESA

BANCO CÓDIGO

AGÊNCIA CÓDIGO

CONTA CORRENTE

TELEFONE/Celular

## TIPO DE RESSARCIMENTO

CONSULTA

EXAME COMPLEMENTAR

DESPESA HOSPITALAR

TRATAMENTO

PROFISSIONAL/ENTIDADE

CPF/CNPJ

CRM/outros

ESPECIALIDADE

1

PROFISSIONAL/ENTIDADE

CPF/CNPJ

CRM/outros

ESPECIALIDADE

2

PROFISSIONAL/ENTIDADE

CPF/CNPJ

CRM/outros

ESPECIALIDADE

3

LOCAL E DATA

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

\_\_\_\_\_  
BENEFICIÁRIO

LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO

# INSTRUÇÕES

1. Os recibos de despesas médico-hospitalares pagas pelo participante devem ser emitidos em seu nome, contendo também o nome do beneficiário, quando for o caso;
2. O direito ao reembolso prescreverá em 90 (noventa) dias após a data dos recibos;
3. Só será autorizado o reembolso de 1 (uma) consulta, por especialidade médica, para um mesmo participante ou beneficiário, em um mesmo mês;
4. As cópias dos recibos deverão ser anexadas ao pedido de reembolso, contendo:
  - 4.1. No caso de consultas e exames complementares:  
CPF, CRM (ou registro em outro Conselho) e especialidade do profissional, além do pedido dos exames solicitados, se for o caso;
  - 4.2. No caso de tratamento de despesas hospitalares:  
CNPJ da entidade, período de internação e discriminação detalhada de todas as despesas realizadas, além do laudo médico.

“Beneficiário: a Rede Credenciada sempre será a melhor opção de atendimento.”