Elosaúde

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE HONORÁRIOS PAGOS EM CARÁTER PARTICULAR

Declaração do profissional (médico/dentista) assistente

Eu,							
Inscrito(a) no:		CRM		CRO	sob. nº		e CPF:

Declaro para fins de reembolso junto ao plano de saúde, que eu e minha equipe técnica, recebemos de:

Paciente:		CPF:	

a importância de R$ _____ referente ao(s) serviço(s) abaixo descrito(s):

Qtdde	Código	**Descrição** (ato, procedimento, cirurgia, acompanhamento etc.)	Valor R$
		Total Geral R$	

Sendo tal(is) serviço(s) realizado(s) no _____, no dia_____,
(local: hospital, consultório, clínica etc.)
como parte integrante do procedimento principal _____
_____,
devidamente autorizado pelo plano.

Os valores supramencionados serão distribuídos entre os membros da equipe conforme estabelecido abaixo:

	Nome completo	Nº Registro no Conselho	Valor R$
1º			
2º			
3º			
4º			

Declaro, ainda, que em razão do pagamento em caráter particular, realizado por opção do paciente, a parte correspondente aos honorários desses serviços não será cobrada do convênio médico ao qual é afiliado.

_____, ____ de_____ de _____.

_____
Assinatura do Declarante

ATENÇÃO:

Esta declaração deverá ser, obrigatoriamente, preenchida, assinada e anexada ao comprovante de pagamento (Recibo ou Nota fiscal) no momento da solicitação do reembolso à ELOSAÚDE.

A não apresentação desse documento, na forma solicitada, inviabiliza o reembolso pretendido.