humana SAÚDE SUL

ANS nº 357511

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 PLATINUM RN R1 COM OBS QC CE - 498.875/24-2
- ☐ CP PLATINUM RN R1 COM OBS QP CE - 498.876/24-1
- ☐ CP PREMIUM NACIONAL R1 COM OBS QC CE - 498.632/24-6
- ☐ CP PREMIUM NACIONAL R1 COM OBS QP CE - 498.633/24-4

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.

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.

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 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 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