Porto Saúde

CNPJ 04.540.010/0001-70

SOLICITAÇÃO DE CÁLCULO PRÉVIO DE REEMBOLSO - ESTIMATIVA

ATENÇÃO: É IMPRESCINDÍVEL O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS PARA PRECISÃO DA SOLICITAÇÃO. O FORMULÁRIO NÃO SERÁ ACEITO SEM ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL E SEGURADO.

DADOS PARA RETORNO

E-MAIL	NÚMERO DE FAX

DADOS DO PACIENTE

NOME

NÚMERO DO CARTÃO	NOME DO PLANO

INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO (NOSOLÓGICO/ETIOLÓGICO):	NOME DO TRATAMENTO E/OU PROCEDIMENTO PROPOSTO:
TEMPO DE INTERNAÇÃO:	TEMPO DE EXISTÊNCIA DA DOENÇA:

ORÇAMENTO

CIRURGIÃO - R$:	ANESTESISTA - R$:
1º AUXILIAR - R$:	INSTRUMENTADOR - R$:
2º AUXILIAR - R$:	PEDIATRA - R$:
3º AUXILIAR - R$:	OUTROS - R$:

NOME DO HOSPITAL				DATA DA CIRURGIA
NOME DO MÉDICO	CRM	CPF	ESPECIALIDADE	TELEFONE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÃO: DURANTE ANÁLISE DESTA SOLICITAÇÃO, A SEGURADORA PODERÁ SOLICITAR LAUDO DE EXAMES QUE COMPROVEM O DIAGNÓSTICO, RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO, AVALIAÇÃO COM O MÉDICO DA REDE REFERENCIADA, ENTRE OUTROS.

AMBULATORIAL (Exames, tratamento clínico, fisioterapias, outras terapias e pequenas cirurgias)

NOME DO TRATAMENTO, PROCEDIMENTO PROPOSTO, DIAGNÓSTICO BÁSICO E JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:				ORÇAMENTO (R$)
NOME DO MÉDICO	CRM	CPF	ESPECIALIDADE	TELEFONE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Prezado Segurado,

Conforme sua solicitação informamos o valor APROXIMADO de reembolso para os procedimentos a serem realizados, obtido de acordo com as coberturas contratadas de sua apólice. Ressaltamos, entretanto, que este cálculo não representa prévio reconhecimento de valores a serem indenizados, nem assunção de qualquer responsabilidade por parte da Seguradora, sendo que o reembolso das despesas médico-hospitalares só ocorrerá mediante a apresentação dos devidos comprovantes e relatórios médicos ORIGINAIS, e após a verificação de regularidade do sinistro, de acordo com as condições gerais do seguro.

LOCAL E DATA

NOME E ASSINATURA DO SEGURADO/RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO