

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Para solicitar reembolso, lembre-se que devem ser apresentados:

A – Cópia do cartão do plano de saúde da pessoa que foi atendida;
B – Formulário devidamente preenchido, acompanhado dos documentos pertinentes (Quadro 1);
C – Documento de identidade do solicitante (pessoa que entrega o formulário preenchido).

BENEFICIÁRIO (PESSOA QUE FOI ATENDIDA)

Nome: _____ CPF: _____ Código do cartão: _____

SOLICITANTE (PESSOA QUE ENTREGA O FORMULÁRIO)

Nome: _____ Telefone: _____

QUADRO 1: DOCUMENTOS QUE VOCÊ PRECISA APRESENTAR PARA SOLICITAR REEMBOLSO

Consultas	1. Recibo ou Nota Fiscal.
Exames	1. Recibo ou Nota Fiscal; 2. Cópia da solicitação com justificativa médica; 3. Cópia do laudo do resultado do exame.
Terapias	1. Recibo ou Nota Fiscal; 2. Cópia da solicitação com justificativa médica; 3. Relatório de atendimento informando tipo de terapia, número de sessões realizadas, data, horário e assinatura da pessoa que foi atendida em cada sessão.
Honorários médicos referente a procedimentos ambulatoriais ou hospitalares	1. Recibo ou Nota Fiscal para cada participante da equipe médico-cirúrgica; 2. Cópia da solicitação com justificativa médica; 3. Conta hospitalar com descrição cirúrgica.
Outras despesas com procedimentos ambulatoriais ou hospitalares	1. Recibo ou Nota Fiscal; 2. Cópia da solicitação com justificativa médica e prescrição; 3. Conta hospitalar com relação de materiais, medicamentos, diárias, taxas e exames, com valor de cada item; 4. Nota da sala para procedimentos cirúrgicos.

QUADRO 2: RECEBIMENTO POR DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Para reembolsá-lo através desta via, o recibo ou nota fiscal de atendimento e a conta corrente para depósito devem estar em nome da mesma pessoa.

DESCRIÇÕES DAS DESPESAS

Por favor, não escreva nos campos abaixo (preenchimento Humana Saúde Sul)

Nome do profissional ou da empresa que prestou o atendimento	Valor solicitado	Valor autorizado	Observações

Atenção: não serão aceitos documentos com rasuras

Recibos: Deverão ser originais, emitidos em nome da pessoa que foi atendida, com descrição, codificação, valor de cada serviço prestado e data do atendimento. Além de especialidade, assinatura, CPF e carimbo com identificação do profissional no conselho da categoria.

Notas Fiscais: Deverão ser originais ou autenticadas, emitidas em nome da pessoa que foi atendida, com carimbo de quitação, descrição, codificação, valor de cada serviço prestado e data do atendimento. Além de especialidade e CNPJ do prestador de serviço.

Observações:

1 – **Não serão reembolsados atendimentos realizados por prestadores credenciados a Humana Saúde Sul** ou em desacordo com normas contratuais.

Certifico, pelo que é de meu conhecimento, que este Formulário de Solicitação de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas.

Entendo que, se a solicitação de reembolso for fraudulenta, em parte ou no total, não será reembolsado valor algum. Entendo também que a Humana Saúde Sul fará uma avaliação de minha solicitação de acordo com os critérios de reembolso previstos em meu contrato do plano de saúde e poderão não reembolsar ou reembolsar apenas parte do valor solicitado.

Assinatura do solicitante

Local

_____/_____/_____
Data

PARA USO DA HUMANA SAÚDE SUL

Identificação e observações do avaliador da solicitação:
