

1 DADOS DO SOLICITANTE

| | | |
|-------|---------------|---------|
| Nome: | | |
| CPF: | Telefone: () | E-mail: |

2 DADOS DO BENEFICIÁRIO

| | | |
|---------------|---|------------|
| Nome: | | Cidade/UF: |
| Carteira: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | CPF: |
| Telefone: () | E-mail: | |

3 DADOS DO DEPENDENTE

| | | |
|---------------|---|------------|
| Nome: | | Cidade/UF: |
| Carteira: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | CPF: |
| Telefone: () | E-mail: | |

4 DADOS DO CONTRATO (não obrigatório o preenchimento)

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Empresa: | Regulamentado: Sim () Não () | Data de Inclusão: ___/___/___ | Data de Nasc.: ___/___/___ |
| Carências: Sim () Não () Quais: | | | |

5 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

| | | | | |
|-------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|
| Urgência/Emerg. () | Falta de Rede () | Reclamação () | Agendamento () | Outros () |
| ESPECIALIDADE DE ATENDIMENTO: | | | | |
| Cidade/UF de atendimento: | | | | |
| Informações do ocorrido: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6 REEMBOLSO

| * | Tipo | Descrição do Procedimento | Quant. | Data | Valor (indiv.) |
|---|--------------|---------------------------|-----------|------------------------------|----------------|
| (A) | Consulta () | | | | R\$ |
| (B) | Exames () | | | | R\$ |
| (C) | Outros () | | | | R\$ |
| VALOR SOLICITADO TOTAL R\$ _____ | | | | | |
| DADOS BANCÁRIOS Beneficiário () ou Clínica/Médico () | | | | | |
| Nome do Titular: | | | | CPF: | |
| Nome do Banco: | | | | Corrente () ou Poupança () | |
| Agência: | | Número da Conta: | Operação: | PIX: | |

Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações do contrato firmado entre as partes, bem como dos dispositivos legais vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, das despesas efetuadas pelos BENEFICIÁRIOS do plano em função de:

- a) Indisponibilidade de rede cooperada;
- b) Inexistência de rede cooperada;
- c) Situações de urgência ou emergência em que não foi possível buscar a rede cooperada mais próxima.

INDISPONIBILIDADE: Para os atendimentos de caráter eletivo, nas situações de indisponibilidade de prestador cooperado ou não, no município demandado ou nos municípios limítrofes, será garantido o transporte para local apto

a realizar o atendimento, e somente na impossibilidade das hipóteses acima é que será garantido o reembolso integral dos valores gastos com o atendimento.

INEXISTÊNCIA: Para os atendimentos de caráter eletivo, nas situações de inexistência de prestador cooperado ou não no município demandado, nos municípios limítrofes ou na região de saúde, será garantido o transporte para local apto a realizar o atendimento, e somente na impossibilidade das hipóteses acima é que será garantido o reembolso integral dos valores gastos com o atendimento.

URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA: A urgência ou a emergência deverá ser comprovada mediante apresentação de laudo emitido pelo cirurgião dentista, com os esclarecimentos e motivos que comprovem a situação de urgência ou emergência do atendimento. Situações em que não for comprovada a urgência ou emergência, **NÃO SERÁ GARANTIDO.**

CIENTE

| | |
|--------------------|--------------------|
| Solicitante: | Recebido por: |
| Data e Assinatura: | Data e Assinatura: |