

1 DADOS DO SOLICITANTE

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

2 DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:		Cidade/UF:
Carteira:	CPF:	
Telefone: ()	E-mail:	

3 DADOS DO DEPENDENTE

Nome:		Cidade/UF:
Carteira:	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:

- Indisponibilidade de rede cooperada;
- Inexistência de rede cooperada;
- 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: