

Protocolo São Bernardo Samp

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							
Tel:				Tel:				E-mail:													

2 DADOS BANCÁRIOS:

*A conta para depósito deverá ser nominal ao beneficiário que realizou o atendimento, não poderá ser em nome de terceiros.
Caso o beneficiário seja menor de idade, a conta bancária para pagamento deverá ser nominal ao titular do contrato do plano.

Banco:				Agência:				Operação				N° da conta:				() Conta corrente		() Poupança	
--------	--	--	--	----------	--	--	--	----------	--	--	--	--------------	--	--	--	--------------------	--	--------------	--

3 - IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

Dados do beneficiário que obteve o atendimento.

Nome:																							
<input type="checkbox"/> PJ		<input type="checkbox"/> PF		Plano:										Cód.									
Localidade que foi atendido(a)										Cidade										UF			

4- JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO

O que levou o Atendimento Particular?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Situação de urgência/ emergência | <input type="checkbox"/> Paralisação da rede ou interrupção de atendimento |
| <input type="checkbox"/> A localidade não dispôs de rede/ serviço | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tratamento fora do domicílio | |

5- DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS A SEREM ANEXADAS:

Relação de documentos completos a serem anexados a esta REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO:

5.1 PRESTADOR PESSOA FÍSICA

- Recibo original em nome do assistido, 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;
- Relatório médico contendo a justificativa da necessidade do serviço prestado, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade de intervenção de outros profissionais.

5.2 PRESTADOR PESSOA JURÍDICA

- Nota Fiscal original, contendo o CNPJ do prestador, data e procedimento realizado;
- Recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, com a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura ou Nota Fiscal para os profissionais organizados em Pessoa Jurídica;
- Relatório do médico assistente com a justificativa da necessidade do serviço prestado, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade de intervenção de outros profissionais;
- Conta hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos;
- Cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico (internação cirúrgica).

5.3 DADOS BANCÁRIOS

Comprovante de dados bancários podendo ser qualquer um desses: Print com número conta, Declaração da instituição financeira, Cópia do cartão físico da conta bancária, Cabeçalho do extrato bancário.

Os dados que devem constar necessariamente no comprovante apresentado são: nome do titular, nome do banco, número completo da agência, número completo da conta bancária.

Comprovante bancário deverá pertencer ao beneficiário ou, quando o mesmo for menor de idade, ao titular do contrato de plano de saúde que for seu respectivo responsável financeiro.

Os documentos devem ser enviados via site da Samp: www.saobernardosamp.com.br, na aba "Atendimento" deverá clicar na opção "Fale Conosco". Preencher todos os campos e selecionar o assunto Reembolso. Em caso de dúvidas ligar no 3061-8700.

6- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CÓDIGO por conta da operadora	NOME DO PROCEDIMENTO/ ESPECIALIDADE	VALOR DA NOTA/ RECIBO
SUBTOTAL:		
5.1 FATOR MODERADOR E/OU COPARTICIPAÇÃO (Desconto de)		
VALOR TOTAL		

7- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Relatar o que levou ao atendimento particular, caso sejam muitas informações, poderão utilizar outro papel, que deverá ser anexado ao processo.

--

8 - DECLARAÇÃO

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 do solicitante/responsável

Vitória ____/____/____

Assinatura e carimbo do responsável pelo atendimento