

## FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO

Prévia de reembolso

Solicitação de reembolso

### 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:
Telefone:	Telefone:	E-mail:	
Banco:	Código do Banco:	Código Agência:	Conta Corrente:

### 2. Identificação do Beneficiário

Nome:		CPF:	
Dados do Beneficiário que obteve o atendimento			
PJ	PF	Plano:	

### 3. Documentação comprobatória dos Serviços Prestados a serem anexadas

Relação de documentos completas conforme documento: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA REEMBOLSO anexa a este formulário.

#### 3.1 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 em receituário assinado e carimbado pelo profissional que realizou o procedimento, justificando a execução emergencial.
- Imagem comprobatória da execução. Caso haja a necessidade o beneficiário poderá realizar um exame em unidade radiológica.
- Comprovante de Pagamento

#### 3.2 Prestador Pessoa Jurídica

- Nota Fiscal original, contendo o CNPJ do prestador, data e procedimento realizado;
- Recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constatando 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 em receituário assinado e carimbado pelo profissional que realizou o procedimento, justificando a execução emergencial.
- Obrigatório o envio de imagem comprobatória (raio-x e/ou foto) da execução. Caso haja a necessidade o beneficiário poderá realizar um exame em unidade radiológica.
- Comprovante de Pagamento

Os documentos devem ser enviados para o e-mail [central@samp.com.br](mailto:central@samp.com.br), dúvidas ligar no (27) 3061-8700

### 4. Identificação do dentista

Nome do Profissional:	CPF:
Endereço:	CNPJ:

Descrição do procedimento			
Dente / Região	Face	PROCEDIMENTO	VALOR
<b>VALOR TOTAL</b>			

## ORIENTAÇÕES GERAIS PARA RESSARCIMENTO

### 1-Documentações Necessárias e Informações:

Para todos os casos de reembolso:

Deverão ser enviados para o e-mail [central@samp.com.br](mailto:central@samp.com.br) as seguintes informações e documentos:

- A. Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido.
- B. Recibo ou nota fiscal original contendo CPF ou CPNJ, emitida pelo profissional/prestador executante, com discriminação do atendimento e data de sua realização, carimbo com assinatura e especialidade do atendimento.  
**Importante:** O valor total do Formulário precisa ser o mesmo do recibo. "
- C. O recibo deverá ser emitido em nome do titular, caso seja menor de idade deverá constar o nome de quem efetuou o pagamento e o nome do paciente ( e informações conforme no item B ) . D. A nota fiscal deverá conter o CGC, carimbo de recebimento, data e assinatura.
- E. Declaração de comparecimento com data do atendimento.

### 2. Informações Financeiras

- A. A conta bancária para pagamento informada, deverá ser do titular que efetuou o pagamento na nota fiscal ou recibo ( não sendo aceito de terceiros );
- B. Caso a nota seja emitida em nome de menor de idade, será aceito a conta do requerente do reembolso/ responsável/ representante legal.
- C. Pacientes que não dispõe de conta bancária, o pagamento será efetuado via ordem de pagamento/requerente. Neste caso será o beneficiário comparecerá ao banco Itaú, com documento de identificação e dirigir-se a boca do caixa, dentro de um prazo de 30 dias, ultrapassada esse prazo e caso não tenha feito a retirada, o beneficiário/ requerente deverá contactar a operadora para nova liberação junto ao banco.
- D. O(a) beneficiário(a) poderá efetuar o pagamento via cartões de crédito, débito ou dinheiro ( deverá solicitar nota fiscal ou recibo conforme orientações já apresentadas acima).

Ressaltamos que análise do reembolso ocorrerá em até 30 dias (seja para fins de pagamento ou negativa) sendo o prazo válido somente em posse de toda documentação necessária, caso falte alguma documentação o prazo será paralisado sendo contabilizado 30 dias após recebimento da documentação correta, a operadora poderá entrar em contato para maiores informações e se necessário alguma documentação para finalização da análise.

Em caso de dúvidas ligar no (27) 3061-8700.

**5. Declaração**

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

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 verdadeiras todas as informações prestadas por mim, e registradas nesta REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo profissional**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo de responsável pelo atendimento**