Prezado beneficário!
Para acesso e envio do formulário de reembolso, você deverá entrar no site da sua operadora, na opção Atendimento e clicar na opção Fale Conosco, na sequência preencher todos os campos e selecionar o assunto Reembolso. Após preencher, deverá anexar as seguintes informações e documentos:

## 1- DOCUMENTAÇÃO PARA REEMBOLSO SÃO BERNARDO SAMP - CONSULTAS:

**1) Formulário de requisição de reembolso** devidamente preenchido – as quatro páginas.
**2) Nota Fiscal especificando o serviço prestado**: nome do beneficiário, nome do prestador, local, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**3) Recibo complementar à Nota Fiscal** (quando os dados não estiverem completos no campo das observações da Nota Fiscal): especificando o número de ordem da mesma, bem como o serviço prestado, nome do beneficiário, nome prestador, local, valor, data do serviço, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, com carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**4) Comprovante de pagamento** referente ao procedimento feito: débito, crédito, pix espécie etc)

*a. Se for PIX, enviar print do comprovante. Deve constar o nome do pagador e do recebedor.*
*b. Se for débito ou crédito, enviar comprovante da emissão da maquininha ou print do aplicativo. Deve constar o nome do pagador e do recebedor).*
*c. Se for em espécie, o recibo de pagamento descrevendo que o pagamento foi feito em espécie.*

**5) Cópia ou foto do cartão do banco** ou outro comprovante de dados bancários: deve conter o nome do banco, agência, conta, tipo de conta, nome do titular), para depósito do valor devido, em caso de deferimento do reembolso.
**6) Cópia ou foto do documento de identificação** do titular da conta para depósito - frente e verso - (RG ou CNH) e CPF (quando for diferente da do usuário do serviço).

## 2- DOCUMENTAÇÃO PARA REEMBOLSO SÃO BERNARDO SAMP - EXAMES:

**1) Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido – as quatro páginas.**
**2) Nota Fiscal especificando o serviço prestado**: nome do beneficiário, nome do prestador, local, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**3) Pedido médico** onde devem constar: nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a respectiva solicitação – carimbado e assinado pelo médico responsável.
**4) Recibo complementar à Nota Fiscal** (quando os dados não estiverem completos no campo das observações da Nota Fiscal): especificando o número de ordem da mesma, bem como o serviço prestado, nome do beneficiário, nome prestador, local, valor, data do serviço, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, com carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**5) Comprovante de pagamento** referente ao procedimento feito: débito, crédito, pix espécie etc)

*a. Se for PIX, enviar print do comprovante. Deve constar o nome do pagador e do recebedor.*
*b. Se for débito ou crédito, enviar comprovante da emissão da maquininha ou print do aplicativo. Deve constar o nome do pagador e do recebedor).*
c. *Se for em espécie, o recibo de pagamento descrevendo que o pagamento foi feito em espécie.*

**6) Cópia ou foto do cartão do banco ou outro comprovante de dados bancários**: deve conter o nome do banco, agência, conta, tipo de conta, nome do titular), para depósito do valor devido, em caso de deferimento do reembolso.
**7) Cópia ou foto do documento de identificação do titular da conta para depósito** - frente e verso - (RG ou CNH) e CPF (quando for diferente da do usuário do serviço).
*OBSERVAÇÃO: Em caso de mais de um exame, deverão constar na nota fiscal ou no recibo complementar o valor de cada exame realizado.*

## 3- DOCUMENTAÇÃO PARA REEMBOLSO SÃO BERNARDO SAMP – SESSÕES:

*(Por sessões entende-se: Terapias -Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional)*
***1)* Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido – as quatro páginas.**
**2) Nota Fiscal especificando o serviço prestado**: nome do beneficiário, nome do prestador, local, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**3) Relatório Médico onde devem constar**: Nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada.
*OBSERVAÇÕES: 1-. A solicitação deve ser feita por profissional médico (crm). 2- Em caso de continuidade da terapia, a solicitação deve ser atualizado após 4 (quatro) meses.*

**4) Ficha de frequência** com data do atendimento realizado e assinatura do responsável. Deve ser carimbado e assinado pelo médico que responsável.
**5) Pedido médico** onde devem constar: nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a respectiva solicitação – carimbado e assinado pelo médico responsável.
**6) Recibo complementar à Nota Fiscal** (quando os dados não estiverem completos no campo das observações da Nota Fiscal): especificando o número de ordem da mesma, bem como o serviço prestado, nome do beneficiário, nome prestador, local, valor, data do serviço, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, com carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**7)** Comprovante de pagamento referente ao procedimento feito: débito, crédito, pix espécie etc)
*a. Se for PIX, enviar print do comprovante. Deve constar o nome do pagador e do recebedor*
*b. Se for débito ou crédito, enviar comprovante da emissão da maquininha ou print do aplicativo. Deve constar o nome do pagador e do recebedor).*
*c. Se for em espécie, o recibo de pagamento descrevendo que o pagamento foi feito em espécie.*
**8) Cópia ou foto do cartão do banco ou outro comprovante de dados bancários**: deve conter o nome do banco, agência, conta, tipo de conta, nome do titular), para depósito do valor devido, em caso de deferimento do reembolso.
**9) Cópia ou foto do documento de identificação do titular da conta para depósito** - frente e verso - (RG ou CNH) e CPF (quando for diferente da do usuário do serviço).

## 4- DOCUMENTAÇÃO PARA REEMBOLSO SÃO BERNARDO SAMP – INTERNAÇÃO (Despesas Hospitalares)

**1) Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido – as quatro páginas.**
**2) Nota Fiscal especificando o serviço prestado**: nome do beneficiário, nome do prestador, local, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento;
**3) Relatório Médico onde devem constar**: nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
**4) Recibo complementar à Nota Fiscal** (quando os dados não estiverem completos no campo das observações da Nota Fiscal): especificando o número de ordem da mesma, bem como o serviço prestado, nome do beneficiário, nome prestador, local, valor, data do serviço, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, com carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**5)** Comprovante de pagamento referente ao procedimento feito: débito, crédito, pix espécie etc):
*a. Se for PIX, enviar print do comprovante. Deve constar o nome do pagador e do recebedor.*
*b. Se for débito ou crédito, enviar comprovante da emissão da maquininha ou print do aplicativo.*
*c. Se for em espécie, o recibo de pagamento descrevendo que o pagamento foi feito em espécie.*
**6) Cópia ou foto do cartão do banco ou outro comprovante de dados bancários**: deve conter o nome do banco, agência, conta, tipo de conta, nome do titular), para depósito do valor devido, em caso de deferimento do reembolso.
**7) Cópia ou foto do documento de identificação do titular da conta para depósito** - frente e verso - (RG ou CNH) e CPF (quando for diferente da do usuário do serviço).

## 5- DOCUMENTAÇÃO PARA REEMBOLSO SÃO BERNARDO SAMP – HONORÁRIOS MÉDICOS

**1) Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido – as quatro páginas.**
**2) Nota Fiscal especificando o serviço prestado**: nome do beneficiário, nome do prestador, local, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**3) Relatório Médico** onde devem constar: nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
**4) Laudo Anatomopatológico** (se houver).
**5) Recibo complementar à Nota Fiscal** (quando os dados não estiverem completos no campo das observações da Nota Fiscal): especificando o número de ordem da mesma, bem como o serviço prestado, nome do beneficiário, nome prestador, local, valor, data do serviço, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, com carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**6)** Comprovante de pagamento referente ao procedimento feito: débito, crédito, pix espécie etc).
*a. Se for PIX, enviar print do comprovante. Deve constar o nome do pagador e do recebedor.*
*b. Se for débito ou crédito, enviar comprovante da emissão da maquininha ou print do aplicativo.*
c. *Se for em espécie, o recibo de pagamento descrevendo que o pagamento foi feito em espécie.*
**7) Cópia ou foto do cartão do banco ou outro comprovante de dados bancários**: deve conter o nome do banco, agência, conta, tipo de conta, nome do titular), para depósito do valor devido, em caso de deferimento do

reembolso.
**8) Cópia ou foto do documento de identificação do titular da conta para depósito** - frente e verso - (RG ou CNH) e CPF (quando for diferente da do usuário do serviço).

## 6- DOCUMENTAÇÃO PARA REEMBOLSO SÃO BERNARDO SAMP

**(Procedimentos Ambulatoriais (Cirurgias de pequeno porte, etc)**

**1) Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido – as quatro páginas.**
**2) Nota Fiscal especificando o serviço prestado**: nome do beneficiário, nome do prestador, local, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento.
**3) Relatório Médico** onde devem constar: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados para cada uma.
**4) Laudo Anatomopatológico** (se houver).
**5) Recibo complementar à Nota Fiscal** (quando os dados não estiverem completos no campo das observações da Nota Fiscal): especificando o número de ordem da mesma, bem como o serviço prestado, nome do beneficiário, nome prestador, local, valor, data do serviço, CNPJ ou CPF do prestador que realizou o atendimento, especialidade médica, nome do médico e CRM, com carimbo e assinatura do profissional que realizou o atendimento;
**6)** Comprovante de pagamento referente ao procedimento feito: débito, crédito, pix espécie etc)
   *a. Se for PIX, enviar print do comprovante. Deve constar o nome do pagador e do recebedor.*
   *b. Se for débito ou crédito, enviar comprovante da emissão da maquininha ou print do aplicativo.*
   *c. Se for em espécie, o recibo de pagamento descrevendo que o pagamento foi feito em espécie.*
**7) Cópia ou foto do cartão do banco ou outro comprovante de dados bancários**: deve conter o nome do banco, agência, conta, tipo de conta, nome do titular), para depósito do valor devido, em caso de deferimento do reembolso.
**8) Cópia ou foto do documento de identificação do titular da conta para depósito** - frente e verso - (RG ou CNH) e CPF (quando for diferente da do usuário do serviço).

## 7- INFORMAÇÕES FINANCEIRAS:

**1)** 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;
**2)** Comprovante de dados bancários poderá ser um dos exemplos a seguir: print com número conta, declaração da instituição financeira, cópia do cartão físico da conta bancária, cabeçalho do extrato bancário.
**3)** 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;

Ressaltamos que para o cálculo de reembolso, será utilizado como referência a tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 3ª edição. Essa tabela contém os procedimentos médicos e serviços de diagnóstico e terapia, baseados na Resolução Normativa – RN nº465 da ANS.

**OBSERVAÇÕES:**

- Não são aceitos recibos de pagamento a autônomo (RPA); recibos provisórios e ou temporários; nota de serviço ou nota de débito; duplicata e nota fiscal sem quitação.
- Em todos os recibos devem constar: CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o atendimento.
- Em todos os casos devem ser apresentados o Comprovante de Pagamento.
- A conta bancária deve ser do titular ou responsável pelo contrato.
- O envio dos documentos indicados é imprescindível para o início da análise da solicitação de reembolso.
- A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome do paciente, caso seja menor de idade deverá constar o nome de quem efetuou o pagamento e o nome do paciente.

## 8- DOS PRAZOS:

A 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.**

O Retorno com o parecer da análise do reembolso (seja para fins de pagamento ou negativa) será através de e-mail. A operadora poderá entrar em contato para mais informações para finalização da análise.

Informamos que serão rejeitados os pedidos de reembolso formulados com base apenas na apresentação de recibos, sendo, portanto, indispensável, para o eventual deferimento, a apresentação, também, das Notas Fiscais

relativas aos serviços prestados. Já no que tange aos pedidos de reembolso de despesas com terapias, será obrigatória o pedido médico acompanhado do plano terapêutico, bem como, das frequências dos atendimentos, carimbados e assinados pelos profissionais que realizaram o procedimento.

No caso de exames complementares, será necessária a apresentação, também em conjunto com os demais documentos listados, do pedido ou justificativa médica para a sua realização.

| | |
|---|---|
| São Bernardo samp | *Tipo de Documento:* Formulário |
| | FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL |

| | |
|---|---|
| **Nº PROTOCOLO:** | **Data:** |

**1. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE / RESPONSÁVEL:**

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

**2. DADOS PARA PAGAMENTO**

| | | |
|---|---|---|
| Banco: | Agência e Dígito (Se houver): | Conta e Dígito: |
| Conta Corrente: ☐ | Conta Poupança: ☐ | ANEXAR COMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS |

Em caso de necessidade do pagamento ser depositado em nome de terceiro, será preciso o titular ou responsável pelo contrato preencher a declaração de AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE DE TERCEIROS, presente ao final deste formulário.

**3. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:** Dados do beneficiário que obteve o atendimento.

| | | |
|---|---|---|
| Nome: | | |
| Contrato: PJ ☐ PF ☐ | Plano: | Matricula: |
| Local onde foi atendido (a): | Cidade: | UF |

**4. JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO**

**O que levou ao atendimento particular.**

☐ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ☐ INDISPONIBILIDADE DO SERVIÇO NA REDE CREDENCIADA

☐ OUTROS (usar item 6 para esclarecimentos)

Para o atendimento buscou auxilio prévio da operadora: ( ) Sim ( ) Não Caso positivo, quando?_____/_____/_____

**5. DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS A SEREM ANEXADAS:**

**Para análise e pagamento do reembolso referente às despesas cobertas contratualmente, é necessária a entrega da documentação completa (verificar os itens abaixo);**

| | |
|---|---|
| **5.1 – Consulta Médica** | **5.6 – Acupuntura** |
| ☐ **Recibo onde devem constar:** Nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico. | ☐ **Pedido médico onde devem constar:** nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a respectiva solicitação (ões). |
| ☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e data do atendimento, especialidade e carimbo do médico. | ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição do atendimento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRN, CPF, assinatura e carimbo do (a) nutricionista que realizou a(s)sessão (ões). |
| **5.2 – Nutrição** | ☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, nome, CRM ou CREFITO e carimbo do médico que realizou a(s) sessão (ões). |
| **Pedido médico onde devem constar:** nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a respectiva solicitação (ões). | |
| ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição do atendimento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRN, CPF, assinatura e carimbo do (a) nutricionista que realizou a(s) sessão (ões). | **5.7 – Exames** |
| | ☐ **Pedido médico onde devem constar:** nome do paciente, nome decada exame e justificativa para a respectiva solicitação (ões). |
| ☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, nome, CRM ou CREFITO e carimbo do médico que realizou a(s) sessão (ões). | ☐ **Nota Fiscal (com nome e CNPJ da Instituição) onde devem constar:** valor pago, nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com seu valor unitário (para exames de imagem (RX, TC, RM, etc.), deverá constar também a região examinada e, se for o caso, descrição dos Materiais e Medicamentos com valores unitários). |

**5.3 – Terapias I (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional)**

☐ **Relatório Médico onde devem constar:** Nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada. OBSERVAÇÕES:
1. A SOLICITAÇÃO DEVE SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM).
2. EM CASO DE CONTINUIDADE DA TERAPIA, A SOLICITAÇÃO DEVE SER ATUALIZADO APÓS 4 (QUATRO) MESES.

☐ Ficha de frequência com data do atendimento realizado e assinatura do responsável.

☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFa, CRP/CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFa, CRP/CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

**5.4 – Procedimentos Ambulatoriais (Cirurgias de pequeno porte, atendimentos em PS, etc.).**

☐ **Relatório Médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados para cada uma.

☐ Laudo Anatomopatológico (se houver).

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e data do atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**
**1 - No Recibo, Nota Fiscal ou Relatório Médico deve constar:** descrição dos materiais, medicamentos, taxas e outras despesas, com valores unitários.
**2 - VASECTOMIA:** anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expresso.

**5.5 – Próteses e Órteses de Implantação Cirúrgica**

☐ **Relatório Médico onde devem constar:** nome do paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstico e justificativa para a solicitação do material.

☐ **Nota Fiscal original do Fornecedor / Distribuidor / Fabricante onde devem constar:** nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, marca, modelo e fabricante.

**5.8 – Terapias – II (Diálise, Quimioterapia, Radioterapia)**

☐ **Relatório Médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico.

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas.

☐ **Conta onde deve constar:** descrição de todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas, etc.) com valores unitários.

**5.9 – Internação (Despesas Hospitalares)**

☐ **Relatório Médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição cirúrgica, boletim anestésico carimbado/ assinado e período do atendimento e justificativa para a internação.

☐ **Nota Fiscal do Hospital onde devem constar:** nome e CNPJ do Hospital valor pago, nome do paciente e data do evento.

☐ **Conta onde deve constar:** descrição de todos os itens da conta hospitalar com seus valores unitários, data da internação, data da alta e período da cobrança.

**5.10- Honorários Médicos**

☐ **Relatório Médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.

☐ Laudo Anatomopatológico (se houver).

☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição e período do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, especialidade, assinatura e carimbo do médico.

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e período do atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**
**1 - No Recibo, Nota Fiscal ou Relatório Médico devem constar:** a respectiva participação e valores (cirurgião, 1° auxiliar, 2° auxiliar, etc.). Se o atendimento for clínico, informar a especialidade, número e datas das visitas cobradas.
**2 - Vasectomia ou Laqueadura Tubária:** anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expresso.

**5.11– Remoção em Ambulância**

☐ **Relatório Médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico e justificativa para a remoção.

☐ **Nota Fiscal onde constem:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, data da remoção, quilometragem, local de partida e destino, tempo de espera (se houver), tipo de ambulância (UTI ou simples) e descrição do valor dos honorários médicos (se houver).

**OBSERVAÇÕES:**
**1)** Não são aceitos recibos de pagamento a autônomo (RPA); recibos provisórios e ou temporários; nota de serviço ou nota de débito; duplicata e nota fiscal sem quitação.
**2)** Em todos os recibos devem constar: CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o atendimento.
**3)** Em todos os casos devem ser apresentados Comprovante de Pagamento**.**

**6. PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

| | DESCRIÇÃO | VALOR |
|---|---|---|
| 1 | | R$ |
| 2 | | R$ |
| 3 | | R$ |
| 4 | | R$ |
| 5 | | R$ |
| | | |

**7. JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO**
Relatar o que levou ao atendimento particular, caso seja muitas informações utilizar o anexo.

**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**

**9. INFORMAÇÕES FINANCEIRAS:**

A conta bancária deve ser do titular ou responsável pelo contrato.

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.

| **10. JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO - ANEXO** |
|---|
| |

| | |
|---|---|
| São Bernardo samp | *Tipo de Documento:* Formulário |
| | AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE DE TERCEIROS |

Pelo presente documento eu_____

_____

portador (a) do documento de identidade nº _____, expedido em ____/_____/____ inscrito no CPF nº _____, e cadastrado na São Bernardo Samp com o código _____, autorizo a mesma a realizar o depósito de pagamento de reembolso, caso seja aprovado, a ser calculado, referente ao protocolo nº_____, em conta de terceiros (Pessoa Física), conforme os dados abaixo:

| **DADOS DO TERCEIRO** | | | |
|---|---|---|---|
| Titular da Conta Corrente: | | | |
| CPF do titular: | | RG do titular: | |
| E-mail: | | | Telefone: |
| Banco: | Tipo de conta: | Agência e Dígito (Se houver): | N° Conta e dígito: |
| *ANEXAR COMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS | | | |

**OBSERVAÇÃO:**

- A conta informada não pode ser de pessoa jurídica, benefício (INSS) ou conta salário.
- O pagamento do reembolso do beneficiário está condicionado ao preenchimento correto e legível de todos os campos do formulário, além de cópias dos documentos de identidade, com foto, tanto do favorecido quanto do titular.
- O não preenchimento de qualquer informação isenta a São Bernardo Samp de qualquer transtorno decorrente da não efetivação do pagamento.
- Solicitação sujeita a análise administrativa e médica.

_____, ____, _____de _____de _____

_____

Assinatura do titular do plano ou responsável pelo contrato