

## PEDIDO DE REEMBOLSO

## IMPORTANTE

Todos os dados solicitados nesse formulário são de preenchimento obrigatório.  
Preencher um formulário para cada beneficiário ou procedimento.

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME DO TITULAR	MATRÍCULA	Nº PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO FORNECIDO PELO PROASA
EMAIL	CELULAR	
END	CIDADE:	
BAIRRO:	ESTADO:	CEP:

## DADOS DO PACIENTE E VALOR DO PROCEDIMENTO

NOME DO PACIENTE	MATRÍCULA ODONTO	VALOR
------------------	------------------	-------

## DADOS DO PRESTADOR

NOME DO PRESTADOR (CLÍNICA)	CPF OU CNPJ
DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	DATA DO ATENDIMENTO
CIDADE ATENDIMENTO	NÚMERO CRO

## DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR

NOME DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE
Atenção: é obrigatório que a conta bancária informada seja de Pessoa Física e que esteja em nome do Titular do Plano de Saúde		CPF

## ANEXOS OBRIGATÓRIOS

Para análise do reembolso das despesas cobertas é necessária a entrega da documentação completa conforme abaixo:

## CONSULTAS (Endodontia/Odontopediatria/Dentística/Implante/Cirurgias)

## EXAMES RADIOGRÁFICOS

- Protocolo de autorização obrigatório.
- Nota fiscal ou recibo contendo: data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome e CNPJ da clínica; nome, CPF, CRO do dentista; valor pago, carimbo com especialidade quando for recibo.

## Manutenções Ortodônticas

- Protocolo de autorização obrigatório.
- Orçamento inicial com data, contendo indicação e quadro clínico para o tratamento. Lembrando que esse pedido tem validade de 30 dias.
- Nota fiscal ou recibo: nome do procedimento realizado, quantidade e datas das sessões realizadas e especialidade e carimbo do profissional.
- A cada 3 manutenções um relatório do profissional. (tratamento a longo prazo).
- A cada 12 meses – apresentação de documentação ortodôntica

- Protocolo de autorização obrigatório.
- Encaminhamento do dentista, datado, assinado e carimbo legível, contendo indicação e quadro clínico para o procedimento. Lembrando que esse pedido tem validade de 30 dias.
- Nota fiscal com descrição do procedimento realizado.

## URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

- Protocolo de autorização obrigatório.
- Relatório do dentista, justificando o atendimento de urgência.
- Nota fiscal discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos, exames efetuados, com valores por unidade.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

O reembolso será realizado em até 30 (trinta dias) após o recebimento desta documentação (Completa)

- Informamos que determinados procedimentos, possuem diretrizes de utilização reguladas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), razão pela qual é de suma importância não realizar nenhum procedimento sem a autorização do PROASA ODONTO
- Quando os atendimentos forem realizados por Pessoa Física, é necessário informar o CRO, CPF do profissional e carimbo com a especialidade.
- Não aceitaremos recibos emitidos por pessoas jurídicas em substituição à Nota Fiscal. (Clínicas e consultórios)
- Recibos de pagamento à autônomo (RPA), não são válidos para reembolso.
- Para seu acompanhamento e declaração de IR, recomendamos guardar uma cópia dos documentos apresentados.
- Todas as solicitações de reembolso passam por análise da auditoria. Havendo necessidade, o PROASA ODONTO se reserva no direito de solicitar documentos ou informações complementares.
- A partir do recebimento da documentação complementar, inicia-se uma nova contagem de prazo (30 dias).
- Caso não esteja informado com clareza, é imprescindível que você escreva de próprio punho a descrição do procedimento e a quantidade devida como complemento na frente da NF ou Recibo. A ausência dessa informação resultará no não pagamento e na devolução do pedido de reembolso ao Beneficiário.

Assinatura do Beneficiário Titular

DATA DO RECEBIMENTO

ESPAÇO EXCLUSIVO DO DEPTO. REEMBOLSO PROASA