



# FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

**ANS 41449-2**

## REGRA CONTRATUAL

Reembolso é o ressarcimento das despesas decorrentes dos atendimentos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede credenciada de cada plano. Para os planos que não possuem Livre Escolha (reembolso), os beneficiários deverão entrar em contato com o SAC buscando uma alternativa de atendimento no município onde o serviço ou o procedimento for demandado, desde que dentro da área de abrangência do Plano. O prazo para resposta é de até 7 (sete) dias úteis após a solicitação, caso não haja solução a Operadora concederá autorização de reembolso, sendo necessário apresentar o número de protocolo disponibilizado pela Central de Atendimento no contato inicial. Os beneficiários dos produtos **EXCLUSIVO, PREMIUM, EXECUTIVO e EXECUTIVO PRIME**, poderão escolher qualquer prestador de serviços legalmente habilitado, que não sejam integrantes da rede credenciada para a realização dos procedimentos cobertos, ao qual pagará diretamente pelo serviço, solicitando posteriormente o reembolso, sendo que o ressarcimento dos valores obedecerá ao limite do plano contratado. O beneficiário titular declara que as informações constantes no pedido de reembolso são verdadeiras, estando ciente de que a não autenticidade dos documentos ou a omissão de qualquer informação, na tentativa de obter vantagem indevida, constitui fraude contra a Operadora, sujeito a perda do direito ao reembolso, cancelamento do plano de saúde e implicações judiciais, além de que o fato será imediatamente comunicado ao empregador (RH) e/ou representante legal da Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde. As principais irregularidades não admitidas são: desdobramento de recibos; recibos de atendimento de pessoas diversas (não beneficiários do plano); recibos de atendimento de terceiros (ainda que conste o beneficiário como pagador); recibos falsos, adulterados ou rasurados. Lembramos ainda que este rol não é taxativo, mas sim exemplificativo. A Operadora reserva-se no direito de contatar o prestador de serviços, emitente do recibo, sempre que julgar necessário, para comprovar e atestar a veracidade das informações. Para receber o reembolso é obrigatória a apresentação deste formulário devidamente preenchido, assim como a documentação exigida (check-list no verso) para cada tipo de serviço. A análise da solicitação e o reembolso serão efetuados no prazo de 30 dias a partir da data do recebimento da documentação na Life Empresarial Saúde.

Nº DE PROTOCOLO FORNECIDO PELA CENTRAL DE ATENDIMENTO

## DADOS DO BENEFICIÁRIO SOLICITANTE

TITULAR DO PLANO		PLANO	
CPF - TITULAR	RG - TITULAR	Nº MATRÍCULA LIFE EMPRESARIAL SAÚDE	
ENDEREÇO			NÚMERO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL	
NOME DO BENEFICIÁRIO QUE RECEBEU O ATENDIMENTO			

## DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR DO PLANO PARA REEMBOLSO

BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA	TIPO DE CONTA <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA
NOME DO TITULAR DA CONTA			CPF DO TITULAR DA CONTA

## DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS ANEXOS (recibo, relatório e nome do médico)

## Valores (recibos e notas fiscais)


## TERMO DE CIÊNCIA

Declaro estar ciente da regra contratual de reembolso e dos dados bancários informados nesta solicitação.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR

## PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

PARA USO EXCLUSIVO DA LIFE EMPRESARIAL SAÚDE	
<input type="checkbox"/> CORREIO	<input type="checkbox"/> PESSOAL
_____ NOME E CARIMBO DO RECEPTOR	
_____ LOCAL E DATA	

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA REEMBOLSO

### CONSULTAS:

- Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços.

Devem estar descritos:

- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização da consulta médica;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Consulta em Pronto Socorro encaminhar guia de despesas hospitalares, com a discriminação dos materiais, medicamentos, taxas e procedimentos realizados, com quantidades e valores.

### EXAMES:

- Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços.

Devem estar descritos:

- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Discriminação do serviço realizado;
- Cópia do pedido médico ou laudo do exame.

### TERAPIAS:

**(Fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, nutrição, quimioterapia / radioterapia, etc.)**

***Para todos os tipos de terapias deve-se solicitar autorização prévia da Life Empresarial Saúde ANTES de iniciar o tratamento. Entre em contato com o Call Center.***

- Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços.

Devem estar descritos:

- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
- Nome e endereço completos do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Relatório Médico com a descrição e justificativa para a terapia indicada.

### PROCEDIMENTOS / HONORÁRIOS MÉDICOS:

- Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços.

Devem estar descritos:

- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização do procedimento;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Relatório médico especificando o diagnóstico, tratamento realizado, data da cirurgia, período de internação e local de internação;
- No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, a quantidade e as datas das visitas cobradas, bem como a cópia das evoluções médicas diárias.

### INTERNAÇÕES (DESPESAS HOSPITALARES):

- Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços.

Devem estar descritos:

- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização do procedimento;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Relatório médico justificando a internação, especificando o diagnóstico, tratamento realizado, período de internação e local de internação, bem como a cópia das evoluções médicas diárias, laudo dos exames realizados, descrição cirúrgica;
- Encaminhar guia de despesas hospitalares, com a discriminação dos materiais, medicamentos, taxas e procedimentos realizados, com quantidades e valores.

### DADOS PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO:

**Enviar este formulário e a documentação via carta registrada ou Sedex, em até 365 dias da data do(s) recibo(s) ou Nota(s) Fiscal(is) para:**

**Life Empresarial Saúde  
A/C Departamento de Reembolso  
Av. Indianópolis, 1597 – Indianópolis  
São Paulo / SP  
CEP 04063-003**

**Importante: guarde uma cópia da documentação enviada.**