

# ORIENTAÇÕES PARA O PEDIDO DE REEMBOLSO

A Premium Saúde assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência e quando não houver prestadores de serviços contratados e/ou credenciados pela Premium Saúde. Para que haja o reembolso, os serviços devem ter sido prestados dentro da área de cobertura de seu plano e deve haver comprovação (através de contato prévio com a Premium Saúde), que não foi possível a utilização dos prestadores de serviços contratados e/ou credenciados pela Premium Saúde.

## ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- É necessário contato prévio com a Premium Saúde para verificação da existência e/ou disponibilidade de nossos prestadores de serviços contratados e/ou credenciados.
- O reembolso será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do envio de toda a documentação completa;
- A Premium Saúde poderá solicitar documentações complementares a qualquer momento que achar necessário;
- O reembolso somente será realizado em conta corrente ou poupança do titular do plano;
- É permitida a emissão de procuração por parte do favorecido (responsável pelo plano), autorizando o depósito na conta de terceiros;

## PRAZOS

O cliente terá até 12 meses para solicitar a abertura do processo de reembolso, contatos a partir da data do recibo.

## DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES

1. Este formulário (página 2) devidamente preenchido e assinado;
2. Pedido ou relatório médico, assinado e datado, que comprove a realização do procedimento;
3. Comprovante de pagamento:
  - **PJ (Pessoa Jurídica)** – Nota Fiscal
  - **PF (Pessoa Física)** – **Recibo** de Pessoa Física até R\$400,00 (quatrocentos reais). **RPA** (Recibo de Pagamento Autônomo), que é emitido pelo próprio prestador de serviço, para pagamento superior a R\$400,00 (quatrocentos reais).

**Atenção:** O recibo de pagamento deve conter a descrição do atendimento prestado, além dos seguintes dados do profissional executor (médico/dentista) – Nome, CPF, data do atendimento, carimbo e assinatura.
4. Dados bancários conta corrente ou poupança do **titular do plano**;
5. Todos os documentos listados deverão ser assinados e encaminhados para o e-mail: [reembolso@premiumsaude.com.br](mailto:reembolso@premiumsaude.com.br) de forma legível.

## SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME DO BENEFICIÁRIO: \_\_\_\_\_  
Nº DA CARTEIRINHA: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_ CPF / CNPJ: \_\_\_\_\_  
TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

1. ATENDIMENTO MÉDICO/HOSPITALAR ( )

Justifique o motivo do atendimento particular: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. RESSARCIMENTO DE MENSALIDADE ( )

3. ESTORNO DE COPARTICIPAÇÃO ( )

4. REEMBOLSO ANTECIPADO ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. OUTROS ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR

TITULAR DA CONTA: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
BANCO: \_\_\_\_\_ Nº DO BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE ( ) CONTA POUPANÇA ( )

### IMPORTANTE

Solicito nesta oportunidade, por meio do presente instrumento, a análise acerca da possibilidade de reembolso da quantia acima especificada, declarando e reconhecendo desde já que, na hipótese de deferimento do reembolso em questão, conferindo efeito de recibo ao respectivo comprovante de depósito bancário, a plena, geral, rasa e irrevogável quitação quanto aos valores acima discriminados e, inclusive, eventuais danos morais, materiais, lucros cessantes, multa cominatória, honorários, direitos, deveres e obrigações decorrentes e oriundos dos fatos que provocaram a restituição ora tratada, para nada mais reclamar em Juízo ou fora dele, a qualquer tempo, prevalecendo entre as partes o disposto no artigo 840 e seguintes do Código Civil, se comprometendo a nada mais pleitear em virtude das obrigações ora assumidas.

Declaro, de igual modo, ter conhecimento que qualquer incorreção dos dados bancários fornecidos para o mencionado depósito, ou omissão de eventual cotitular da conta mencionada que impeça que o pagamento seja efetuado por meio de transferência eletrônica ou depósito bancário, na data ajustada, será de responsabilidade exclusiva do solicitante e exonerará a Premium Saúde de qualquer prejuízo daí decorrente, sendo que o comprovante de transferência ou depósito bancário dos respectivos valores na conta corrente/poupança acima especificada servirá de comprovante do reembolso.

CIDADE: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_