

## Solicitação de Reembolso

**Instruções Gerais**
**Autenticação Mecânica:**

1. Para receber o reembolso com agilidade e comodidade na conta do titular do seguro, cadastre previamente os dados bancários e os mantenha atualizados;

Formas de pagamento de reembolso:

a. Crédito em Conta: Conforme informações bancárias do titular/beneficiário legal cadastrado;  
b. Ordem de Pagamento: Não havendo dados bancários cadastrados ou em caso de inconsistência dos dados cadastrados na data da liberação do reembolso, este será efetuado por meio de Ordem de Pagamento, podendo ser retirado em qualquer agência do Banco Bradesco no prazo máximo de 120 dias após a sua emissão.

2. Caso o titular do plano tenha falecido, favor entrar em contato com a Central de Relacionamento para informações sobre qualificação de beneficiário.

3. A solicitação do reembolso deve ser realizada pelos Canais Digitais da Bradesco Saúde: Site (bradescoseguros.com.br), Aplicativo Bradesco Saúde ou Aplicativo Bradesco Seguros.

Eventos realizados no exterior, reembolso para apólices canceladas e reembolso de diálises, quimioterapia e radioterapia, ostomias, próteses, órteses, remoções em ambulância e quimioterápicos orais devem ser encaminhados, junto com este formulário para a Caixa Postal 124 - CEP: 20010-974, por meio dos Correios.

4. Os dados pessoais presentes nos documentos encaminhados para a Bradesco Saúde para reembolso serão tratados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do(s) documento(s), eles podem conter dados sensíveis, que serão tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

5. Para obter maiores informações sobre como os seus dados são tratados pela Bradesco Saúde, consulte o nosso Aviso de Privacidade Disponível em [[https://www.bradescoseguranca.com.br/html/seguranca\\_corporativa/pf/seguranca-informacao/privacidade.shtm](https://www.bradescoseguranca.com.br/html/seguranca_corporativa/pf/seguranca-informacao/privacidade.shtm)].

Código: **5711**      Dígito: **9**      Destino: **Bradesco Saúde – Departamento de Reembolso**

Número do Cartão do Paciente      Nome do Paciente

E-mail      DDD - Tel. Celular

Aceito receber Informações de Reembolso por E-mail/SMS -     **Sim**     **Não**

Nome do Segurado Titular da Apólice      CPF do Segurado Titular

Tipo de Processo      Local de Entrada      Código      Nome do Local de Entrada  
 Inicial     Reanálise     Complemento     Sucursal     Agência

Documentação desta Solicitação      Quantidade de Documentos      Valor Total dos Recibos

A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário.

### As 3(três) informações abaixo são para preenchimento da Bradesco Saúde

Número do Sinistro HM/THSM      Data do Evento      Senha

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

**A - Recibo / nota fiscal original em nome do segurado** (inclusive consulta), **deverá constar:**

Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a item da(s) despesa(s) com valores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPF/CNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do matéria, marca, modelo e fabricante, no caso de ostomias.

## Solicitação de Reembolso

**Obs. 1: Nos casos de cobrança de honorários médicos, informar a participação na equipe cirúrgica ou nos casos de atendimentos clínicos a quantidade e as datas das visitas.**

**2: Recibos de Pagamento a Autônomo (RPA) não são válidos para reembolso.**

**B - Além do recibo, faz-se necessário o envio das seguintes documentações conforme o(s) procedimento(s) realizado(s):**

### 1 - Exames

Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s).

### 2 - Terapias (Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional)

Relatório do médico que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta.

**Observações: 1 - A Solicitação da terapia deverá ser feita por profissional médico (CRM).**

**2 - Em caso de continuidade, o relatório deverá ser atualizado após 4 meses.**

**3 - Nos casos de fisioterapia, deverá ser enviado laudo de exames relacionados à doença.**

### 3 - Procedimentos Ambulatoriais

Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados.

Laudo anatomopatológico e/ou exames, previamente realizados, relacionados à doença (caso haja). Se despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados.

### 4 - Remoções em Ambulância

Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminação do valor honorário médico.

### 5 - Diálises, Quimioterapia e Radioterapia

Relatório médico com diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares / ambulatoriais com os respectivos valores unitários.

### 6 - Terapias antineoplásica oral para tratamento do câncer e terapia para tratamento de efeitos colaterais relacionadas à quimioterapia

Relatório médico informando o diagnóstico, a indicação, a dose preconizada e o planejamento terapêutico.

Prescrição médica, datada, com carimbo e assinatura do médico assistente.

**Observação: A Prescrição médica deverá ser atualizada mensalmente.**

Laudo de exames, tais como: anatomopatológico e/ou imunohistoquímica nos casos de quimioterápico oral.

### 7 - Tratamento Ocular Quimioterápico com Antiangiogênico

O Laudo da Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

### 8 - Honorários Médicos

Relatório médico com o procedimento realizado, laudo dos exames (imagem e anatomopatológico), boletim operatório datado, assinado e carimbo legível.

### 9 - Internação

Relatório médico detalhado com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e período da internação. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares / ambulatoriais com os respectivos valores unitários.

### 10 - Próteses e Órteses

Nota Fiscal Original do fornecedor/distribuidor/fabricante onde deverá constar: nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, discriminação detalhada, marca e modelo.

### 11 - Vasectomia e Laqueadura

Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório.

**Observação: Formulário disponível no site da seguradora ou nas unidades de atendimento.**

## Solicitação de Reembolso

### 12 - Ostomias

- Relatório médico que deverá constar: doença de base que levou a confecção do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo de estomia, alça terminal, duas bocas ou outras, localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários.

### Observações Gerais

- Informamos que determinados procedimentos possuem diretrizes de utilização reguladas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), razão pela qual é de suma importância o envio de toda documentação relacionada neste formulário.
- O não envio da documentação Completa pode acarretar em solicitação, por parte da operadora, de documentação complementar que pode postergar a conclusão da análise do reembolso. A partir do recebimento da documentação complementar, inicia-se uma nova contagem de prazo.
- Os procedimentos listados acima terão suas coberturas avaliadas de acordo com o plano contratado.

1. É necessário o envio da documentação para que haja o entendimento dos valores cobrados e a análise de reembolso, conforme a resolução da ANS vigente à época do evento.

2. Central de Relacionamento: Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-2700 - Demais Localidades: 0800 701 2700 - SAC: 0800 727 9966 - SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2708 - Ouvidoria: 0800 701 7000.

### Uso Interno da Seguradora

### Honorários Médicos

Discriminação	Qtd.	Procedimento	Qtd. de U.S./CRS do Evento	Plano	Vlr. de U.S./CRS do Plano	Valor Calculado R\$	Valor cobrado R\$
<b>1 - Cirurgião</b>							
<b>2 - 1º Auxiliar</b>							
<b>3 - 2º Auxiliar</b>							
<b>4 - 3º Auxiliar</b>							
<b>5 - Anestesista</b>							
<b>6 - Instrumentador</b>							
<b>7 - Clínico</b>							
<b>8 - Pediatra</b>							
<b>Peq. Atendimento</b>							
<b>Núm. Sinistro HP</b>							
<b>Materiais</b>							

## Solicitação de Reembolso

### Despesas Hospitalares

Itens	Diárias	Tx. Material	Medicamentos	Laboratório	Honorários	Exame de Imagem	Fisiot. Outro	Total
<b>Cobrado</b>								
<b>Pago</b>								
<b>Glosa</b>								
Diária de despesas não comprovadas			Nº de Dias	Valor por dia (R\$)		Total (R\$)		Total Geral

<b>Carimbo 1 - Recepção</b>	<b>Carimbo 2 - Depart. de Reembolso</b>	<b>Carimbo 3 - Análise</b>	<b>Car. 4 - Pagamento</b>
-----------------------------	---	----------------------------	---------------------------