

AGF Saúde

DADOS DO SEGURADO

Nome do Segurado Titular:

Nome do Paciente:

Data de Nascimento: / /

Tel.: ()

Ramal:

Empresa:

Plano:

DADOS DO REEMBOLSO

Códigos de Atendimento: 1. Consulta Consultório / 2. Consulta Domicílio* / 3. Honorários Médicos* / 4. Exames de Diagnose / 5. Terapias* / 6. Remoção* / 7. Pronto-Socorro / Pequenos Atendimentos Ambulatoriais* / 8. Despesas Hospitalares* / 9. Outros.
(*): Obrigatória a apresentação de Relatório Médico.

Indicação do Prestador (Preenchimento Obrigatório)

| Cód. | Nome do Prestador | CNPJ/CPF | Telefone | CRM |
|------|-------------------|----------|----------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Especialidade:

Sintomas / Diagnóstico:

Valor Total dos Recibos Anexos:

Local:

Data:

Assinatura do Segurado Titular:

USO EXCLUSIVO AGF

Data do Recebimento: / /

Recebido por:

Valor do Reembolso – R\$

Documentos Necessários para Reembolso

| Tipo de Atendimento | Recibo/Fatura/Nota Fiscal Quitada | Pedido Médico | Relatório Médico Justificativo | Plano de Trat. Paramédico |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------------------|
| Consulta Consultório | • | | | |
| Consulta Domicílio | • | | • | |
| Honorários Médicos | • | | • | |
| Exames de Diagnose | • | • | | |
| Terapias | • | | • | • |
| Remoções | • | | • | |
| Pronto-Socorro / Peq. Atend. Amb. | • | | • | |
| Despesas Hospitalares | • | | • | |

Todos os Recibos, Faturas ou Notas Fiscais deverão estar devidamente quitados e conter as seguintes informações:

- Nome completo do profissional ou entidade.
- CNPJ / CPF.
- Discriminação individualizada de cada item ou procedimento cobrado, contendo o preço unitário, quantidade, preço total e tipo de despesa (diárias, taxas de materiais, medicamentos, exames ou terapias realizadas, consultas, etc).
- Tipo de atendimento.
- Nº do CRM.
- Nome do Paciente.
- Data de atendimento ou período da prestação de serviços.
- Especialidade.

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO - Protocolo de Recebimento

Nome do Segurado Titular:

Nome do Paciente:

Valor Total dos Recibos Anexos

Recebido por

Local e Data do Recebimento

Solicitação de Reembolso

RELATÓRIO MÉDICO (Uso exclusivo do seu médico, se necessário)

História da Patologia Atual:

Diagnóstico(s) / CID 10:

Tempo de Existência da Patologia:

Procedimentos Realizados:

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

CRM

USO EXCLUSIVO AGF

| | Data | Histórico | Nome |
|-----------------|------|-----------|------|
| ANALISTA | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| MÉDICO | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| APOIO | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |