



Av. Purdue s/n - Campus UFV
Viçosa - MG
CEP 36570-900

ANS - nº 368920

Formulário de Reembolso de Internação

Requerente (Nome Completo do Titular ou Pensionista)		Matrícula
Nome Completo do Paciente		Matrícula
Hospital		
Procedimento (s)		Data provável da realização

Equipe

Nome Completo	CPF / CNPJ	CRM / CRO	Valor Cobrado
Cirurgião			
Clínica			
1º Auxiliar			
Clínica			
2º Auxiliar			
Clínica			
Anestesista			
Clínica			

OBSERVAÇÕES

- 1- Em caso de Clínica, informar nome do estabelecimento, CNPJ e médico responsável.
- 2 - Caso a nota fiscal seja para a equipe completa informar a descrição de todos os profissionais.
- 3 - O reembolso está limitado às coberturas previstas no regulamento do plano, estando em conformidade com o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), descontados os valores de coparticipação.
- 4 - Os procedimentos realizados estão sujeitos à Auditoria Médica / Odontológica conforme os critérios estabelecidos no Referencial de Procedimentos Médicos e Odontológicos dos planos de saúde administrados pelo Agros.
- 5 - O pedido de reembolso deve ser feito em até 12 (doze) meses da data de realização do procedimento conforme previsto em regulamento.
- 6 - O comprovante de despesas (recibo ou nota fiscal) deve ser feito em nome do titular ou dependente. Deve conter o nome da pessoa atendida, mesmo que tenha sido o próprio titular, o nome do profissional responsável pelo atendimento ou nome da instituição (caso seja pessoa jurídica), os registros do CRM ou CRO do profissional e/ou da pessoa jurídica, e o CPF (pessoa física) ou CNPJ (pessoa jurídica).
- 7 - O valor cobrado pelos procedimentos descritos deve ser compatível com o valor dos recibos e/ou nota fiscal apresentados.
- 8 - A veracidade das informações relacionadas à equipe médica é de responsabilidade do beneficiário.
- 9 - O beneficiário abaixo assinado atesta ciência que o Agros disponibiliza rede credenciada para a realização do(s) procedimento(s) em questão e que o ressarcimento será efetuado após a apresentação da conta hospitalar ao Agros.

Data e Assinatura do Cirurgião (especialidade e carimbo)

Data e Assinatura do titular ou dependente