

## Solicitação de Reembolso

**Orientações gerais:**

- Para receber o reembolso com comodidade na conta do titular do plano, mantenha seu cadastro atualizado
- Formas de pagamento de reembolso: crédito em conta corrente e cheque no prazo de 30 dias após entrega de todos os documentos
- Em caso de inconsistência de dados bancários, o reembolso será automaticamente cancelado.
- Central de Atendimento: (21) 3233-8855 - Demais localidades: 0800 0263399
- A Caberj Saúde poderá solicitar documentos complementares caso necessário

1.  urgência e emergência      2.  Anestesia      3.  Aquisição de lentes intraoculares      4.  Credenciados não habilitados      5.  Situações excepcionais com autorização prévia      6.  Livre escolha

Nome do beneficiário

Nº matrícula beneficiário

Data da Solicitação

Plano

CPF

Endereço

CEP

Bairro

Telefone (preenchimento obrigatório)

Celular com DDD

Telefone Comercial

Qtd de Recibos

Valor Total dos recibos

R\$

E-mail

Aceito receber informações de reembolso por e-mail e sms?

Sim    Não

**Dados Bancários**

Nome do Favorecido

CPF do favorecido

Banco

Agência

Conta Corrente

Dígito

Observação (Campo de uso interno da operadora de saúde)

Assinatura

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Protocolo de Atendimento

Protocolo de Reembolso

Data

Valor

R\$