

Solicitação de Reembolso — Check List

Solicitamos, ao preencher o formulário de reembolso anexo, observar os documentos necessários de acordo com o tipo de procedimento, de forma a evitar a devolução do pedido por motivo de informações incompletas/ incorretas.

1. Consulta Médica

Recibo original onde devem constar: nome do(a) paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do(a) médico(a).

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e data do atendimento, especialidade e carimbo do(a) médico(a).

2. Acupuntura

Recibo original onde devem constar: nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do(a) médico(a) que realizou a(s) sessão(ões).

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do(a) paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, nome, CRM e carimbo do(a) médico(a) que realizou a(s) sessão(ões).

Relatório médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a sessão realizada.

Observação: a solicitação da sessão deve ser feita por profissional médico (CRM).

3. Nutrição

Recibo original onde devem constar: nome do(a) paciente, descrição do atendimento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do(a) nutricionista que realizou a(s) sessão(ões).

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do(a) paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, nome, CRM e carimbo do(a) médico(a) que realizou a(s) sessão(ões).

Relatório médico original (com data e assinatura) onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a sessão realizada.

Relatório do profissional executante (com data e assinatura) onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a sessão realizada, carimbo com nome e número de registro bem como duração do tratamento.

4. Exames

Pedido médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, nome de cada exame e justificativa para a respectiva solicitação(ões).

Recibo original onde devem constar: valor pago, nome do(a) paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com seu valor unitário (para exames de imagem - RX, TC, RM, etc. - deverá constar também a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais e medicamentos com valores unitários), CRM, CPF, assinatura e carimbo do(a) médico(a).

Nota Fiscal original (com nome e CNPJ da Instituição) onde devem constar: valor pago, nome do(a) paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com seu valor unitário (para exames de imagem - RX, TC, RM, etc. - deverá constar também a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais e medicamentos com valores unitários).

5. Terapias I (Fisioterapia | Fonoaudiologia | Psicoterapia | Terapia Ocupacional)

Relatório médico original (com data e assinatura) onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada.

Relatório do profissional executante (com data e assinatura) onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, descrição e justificativa para a sessão realizada, carimbo com número de registro bem como duração do tratamento.

Recibo original onde devem constar: nome do(a) paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFa, CRP/CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome, número da inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFa, CRP/CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

6. Terapias II (Diálise | Quimioterapia | Radioterapia)

Relatório médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico de tratamentos já realizados e planejamento terapêutico.

Recibo original onde devem constar: nome do(a) paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do(a) paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas.

Fatura original onde devem constar: descrição de todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas, etc.) com valores unitários.

7. Procedimentos Ambulatoriais (Cirurgias de pequeno porte | atendimentos em PS, etc.)

Relatório médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados para cada uma.

Lauda Anatomopatológico: (se houver).

Recibo original onde devem constar: nome do(a) paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do(a) médico(a).

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do(a) paciente, descrição e data do atendimento.

OBSERVAÇÕES:

I - No Recibo, Nota Fiscal ou Relatório Médico original deve constar: descrição dos materiais, medicamentos, taxas e outras despesas, com valores unitários.

II - VASECTOMIA: anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expreso.

8. Internação: Despesas Hospitalares

Relatório médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.

Nota Fiscal original do Hospital onde devem constar: nome e CNPJ do Hospital, valor pago, nome do(a) paciente e data do evento.

Fatura original onde deve constar: descrição de todos os itens da conta hospitalar com seus valores unitários, data da internação, data da alta e período da cobrança.

HONORÁRIOS MÉDICOS

Relatório Médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.

Lauda Anatomopatológico: (se houver).

Recibo original onde devem constar: nome do(a) paciente, descrição e período do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, especialidade, assinatura e carimbo do médico.

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do(a) paciente, descrição e período do atendimento.

OBSERVAÇÕES:

I - No Recibo, Nota Fiscal ou Relatório Médico original devem constar: a respectiva participação (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, etc.). Se o atendimento for clínico, informar a especialidade, número e datas das visitas cobradas.

II - Laqueadura Tubária: anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expreso.

III - Parto: anexar partograma.

9. Próteses e Órteses de Implantação Cirúrgica

Após a verificação de cobertura contratual, deve ser entregue:

Relatório Médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstico e justificativa para a solicitação do material.

Nota Fiscal original do Fornecedor/Distribuidor/Fabricante onde devem constar: nome e CNPJ do emitente, data de emissão, nome do(a) paciente, valor pago, descrição do material, marca, modelo e fabricante.

10. Remoção em Ambulância

Relatório Médico original onde devem constar: nome do(a) paciente, diagnóstico e justificativa para a remoção.

Nota Fiscal original onde devem constar: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do(a) paciente, data da remoção, quilometragem, local de partida e destino, tempo de espera (se houver), tipo de ambulância (UTI ou simples) e descrição do valor dos honorários médicos (se houver).

11. Óbito

Deverão ser apresentados: relatório médico com descrição do caso médico e tratamento realizado, notas fiscais/recibos, cópia da certidão de óbito autenticada, Alvará Judicial (valor liberado acima de R\$ 10.000,00), cópia do RG e do CPF, autenticada de todos os dependentes legais (cônjuge e filhos), declaração com firma reconhecida em cartório dos dependentes legais, autorizando um a receber o reembolso em conta corrente ou em ordem de pagamento e alvará judicial em caso de não haver dependentes legais.

OBSERVAÇÕES

- I - No caso de reembolso relativo a dois ou mais participantes vinculados ao mesmo titular, basta utilizar um único envelope.
- II - O prazo para reembolso cumprirá com as informações estabelecidas no contrato (desde que a documentação esteja de acordo com as exigências descritas no verso do envelope) a contar a partir do recebimento do objeto pelo Departamento responsável. Para seu controle, sugere-se que a documentação seja enviada via carta registrada.
- III - Não são aceitos recibos de pagamento a autônomo (RPA).
- IV - Em todos os recibos devem constar CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o atendimento

ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

As solicitações de Reembolso deverão ser enviadas para o endereço abaixo:

A/C Departamento de Sinistros
Caixa Postal 37.018
CEP 22.640-972

CANAIS DE COMUNICAÇÃO

Golden Internet

 Golden Cross

www.goldencross.com.br

Pelo portal, você utiliza os seguintes serviços:

- Consulta à Rede Referenciada e impressão do Livro de Rede Personalizado;
- Acesso à fatura;
- Informações sobre planos e processos de reembolso;
- Liberação de senha para exames, internações etc.

Você também tem à disposição o **Fale Conosco**, espaço exclusivo para registrar dúvidas, elogios ou reclamações.

Golden Fone

 Golden Cross

Central de Serviços

4004-2001 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800-729-2001 (Demais Localidades)

Golden Fone (SAC)

0800-728-2001 (Capitais e Interior)

Deficientes Auditivos

0800-727-2001 (Capitais e Interior)



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO (sujeito a conferência)

Nome do usuário			
<input type="text"/>			
Nº da matrícula do usuário		Data da solicitação	E-mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço		Nº	Complemento
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cidade	UF	CEP	DDD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de recibos entregues		Valor	Telefone (preenchimento obrigatório)
CONSULTA		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INTERNAÇÃO		<input type="text"/>	<input type="text"/>
OUTRAS DESPESAS AMBULATORIAIS		<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Residencial
			Comercial
			Celular

ANS - nº 403911

DADOS BANCÁRIOS

(os reembolsos não poderão ser creditados em contas do tipo poupança, contas de aposentadorias ou em quaisquer tipos de contas de terceiros que não sejam beneficiários / responsáveis pelo plano / seguro)

Para crédito em nome de

(Somente para participantes do plano / seguro ou responsável pelo cadastro)

CPF do beneficiário

Banco

Código da agência

Conta corrente

Estado

ORDEM DE PAGAMENTO VIA BANCO SANTANDER

Nos casos em que o solicitante não tenha conta bancária, o pagamento será efetuado em uma agência Santander.

Ordem de pagamento em nome de

CPF

ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

As solicitações de Reembolso deverão ser enviadas para o endereço abaixo:

A/C Departamento de Sinistros Caixa Postal 37.018 CEP 22.640-972