

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE HONORÁRIOS PAGOS EM CARÁTER PARTICULAR**Declaração do profissional (médico/dentista) assistente**

Eu, _____

Inscrito(a) no: _____ CRM _____ CRO _____ sob. nº _____ e CPF: _____

Declaro para fins de reembolso junto ao plano de saúde, que eu e minha equipe técnica, recebemos de:

Paciente: _____ CPF: _____

a importância de R\$ _____ referente ao(s) serviço(s) abaixo descrito(s):

Qtde	Código	Descrição (ato, procedimento, cirurgia, acompanhamento etc.)	Valor R\$
Total Geral R\$			

Sendo tal(is) serviço(s) realizado(s) no _____, no dia _____,
(local: hospital, consultório, clínica etc.)

como parte integrante do procedimento principal _____

devidamente autorizado pelo plano.

Os valores supramencionados serão distribuídos entre os membros da equipe conforme estabelecido abaixo:

	Nome completo	Nº Registro no Conselho	Valor R\$
1º			
2º			
3º			
4º			

Declaro, ainda, que em razão do pagamento em caráter particular, realizado por opção do paciente, a parte correspondente aos honorários desses serviços não será cobrada do convênio médico ao qual é afiliado.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante**ATENÇÃO:**

Esta declaração deverá ser, obrigatoriamente, preenchida, assinada e anexada ao comprovante de pagamento (Recibo ou Nota fiscal) no momento da solicitação do reembolso à ELOSAÚDE.

A não apresentação desse documento, na forma solicitada, inviabiliza o reembolso pretendido.