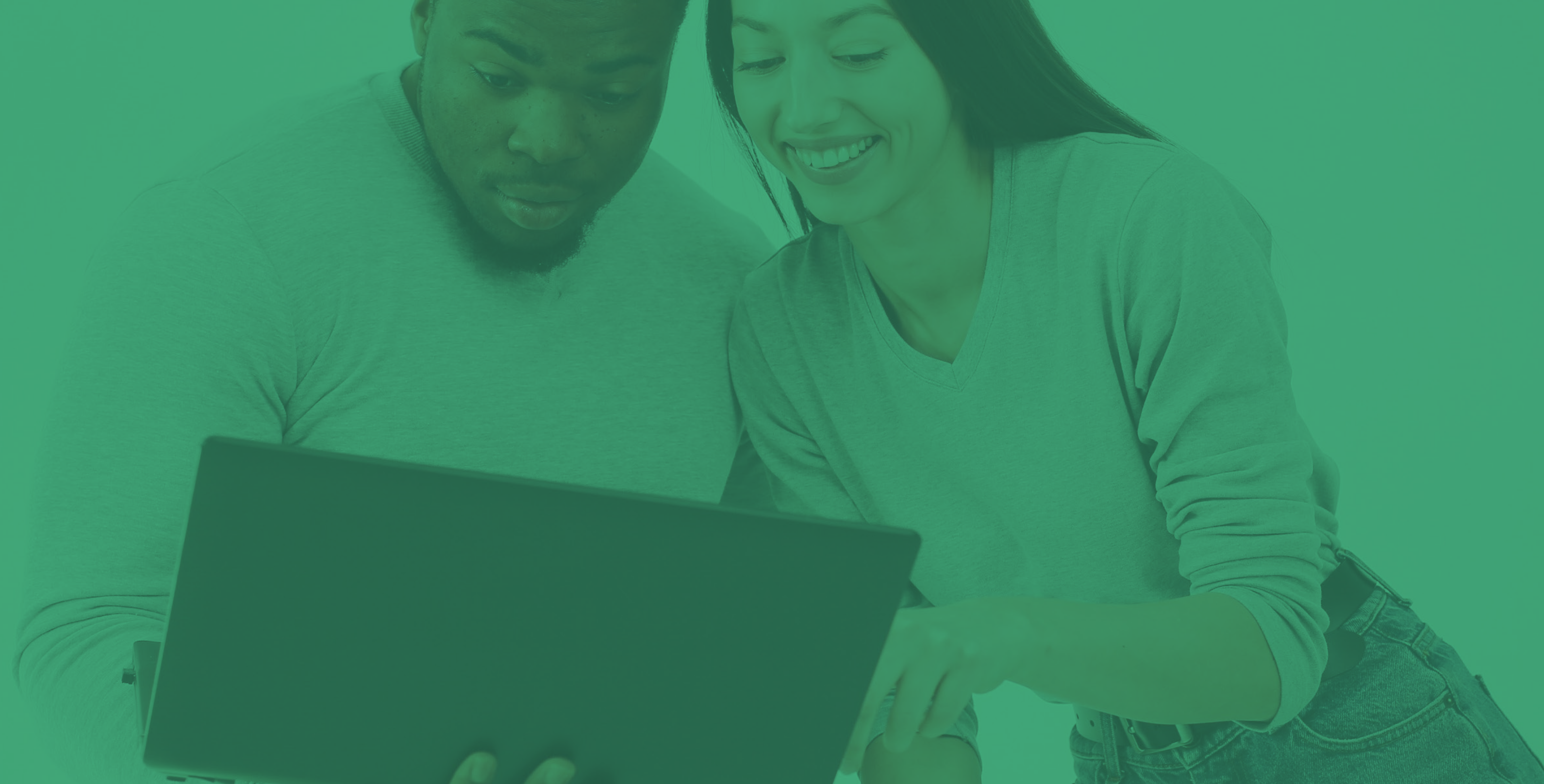




Manual de
REEMBOLSO

Via Portal Web



Este manual foi desenvolvido com o intuito de **orientar o beneficiário** da ELOSAÚDE para a solicitação de seu **Reembolso**.

Qualquer dúvida, entre em contato conosco no **(48) 3298 5555** ou nos escreva:
adm@elosaude.com.br para dúvidas quando não identificado o depósito do reembolso,
reembolso@elosaude.com.br para dúvidas relacionadas à contestações, incertezas de procedimentos e divergências e no **cadastro@elosaude.com.br** para dúvidas relacionadas ao regulamento, coberturas e dados bancários.

Acesse o site da ELOSAÚDE: www.elosaude.com.br
e em seguida clique no botão: **SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**
na barra superior.

1
PASSO

CLIQUE NESTE BOTÃO



Na página “SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO” leia as instruções, depois clique no botão **CONTINUAR** no final da página.

1
PASSO

CLIQUE NESTE BOTÃO

Acesso do Beneficiário | Solicitação de Reembolso | Acesse seu Boleto | Acesso do Credenciado

Elosaúde

Home | Institucionais | Planos | Publicações | Formulários | Fale com a Elosaúde

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Antes de começar, reserve alguns minutos do seu tempo para ler as orientações abaixo. Entenda de forma simples e rápida, como funciona o processo de reembolso e evite atrasos e devoluções de documentos.

particular e o valor a ser reembolsado são diferentes (conforme permitido por lei).

CONTINUAR

ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde – CNPJ 11.593.821/0001-03
Rua Anita Garibaldi, 77 – Ed. Pirâmide – 2º andar – sala 201 – Centro – Florianópolis – SC

OUVIDORIA
Clique aqui ou ligue:

ROLE A PÁGINA
PARA BAIXO

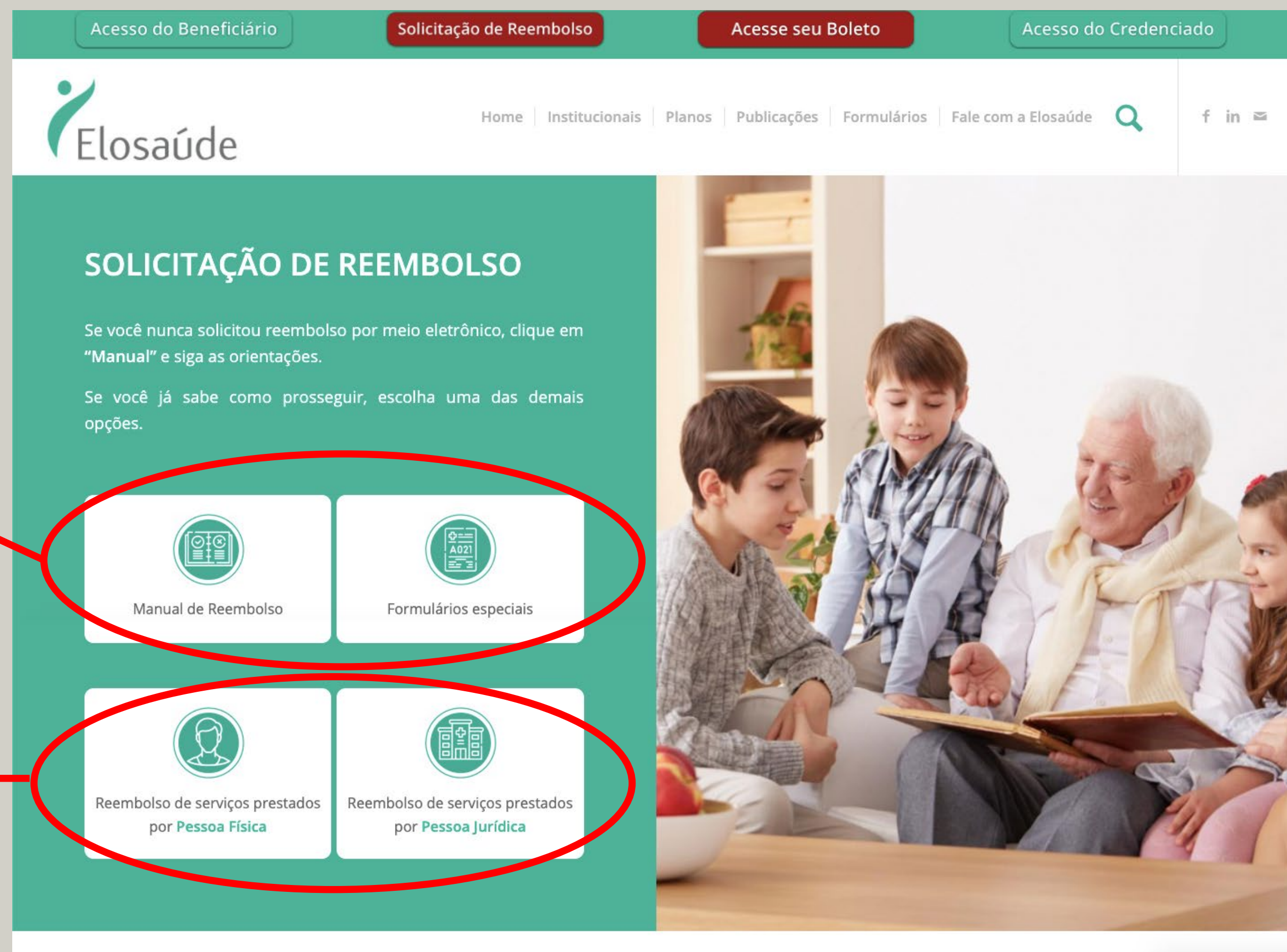
1

PASSO

Na página “SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO”, clique em um dos botões **REEMBOLSO DE SERVIÇOS PRESTADOS PARA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA**. Você será encaminhado para outra tela.

**ACESSE AQUI O MANUAL
E OS FORMULÁRIOS ESPECIAIS
PARA REEMBOLSO.**

**ESCOLHA UMA DESSAS OPÇÕES
PARA SER DIRECIONADO
À PÁGINA DE REEMBOLSO**



2

PASSO

Na página do Beneficiário, insira o **LOGIN** e a **SENHA** para acessar seus dados.

SEU LOGIN É O NÚMERO DA MATRÍCULA IMPRESSO NA CARTEIRINHA DA ELOSAÚDE.

A SENHA PADRÃO É SEU CPF, SOLICITADO NO PRIMEIRO ACESSO.

The screenshot displays the Elosaúde Beneficiário login interface. At the top, the Elosaúde logo is on the left, and navigation links (Início, Guia Médico, Movimentações de Prestadores, Atendimento ao Cliente, Credenciamento Prestador) are on the right. The main content area features a 'Beneficiário' login box. Inside this box, the 'Login' field is circled in red, with a red line connecting it to the instruction on the left. The 'Senha' field is also highlighted with a red line from its corresponding instruction. Below the input fields are buttons for 'Voltar' and 'Fazer login'. At the bottom of the login box, there are links for 'Esqueceu sua senha?' and 'Alterar sua senha?'. The footer contains the copyright notice 'CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142' and the MV logo.

Você acessará o menu lateral esquerdo,
na qual encontrará informações sobre o seu plano.
Clique no botão **REEMBOLSO**.

3
PASSO

**CLICAR NO BOTÃO
REEMBOLSO;**

The screenshot displays the Elosaúde web portal interface. On the left, a dark blue sidebar contains a 'MENU' section with several options. The 'Reembolso' option, marked with a dollar sign icon, is circled in red. A red line extends from this circle to the text 'CLICAR NO BOTÃO REEMBOLSO;' on the left. The main content area is titled 'Informações Gerais' and includes tabs for 'PIN-SS / Meu Cadastro', 'Dependentes', 'Informações de Utilização', and 'Carências'. Below these, there are sections for 'Informações do Beneficiário' (with fields for Matricula, Nome Beneficiário, Data Nascimento, etc.), 'Informações do Contrato' (with fields for N° Contrato, Data Contratação, etc.), and a digital 'Cartão Nacional Saúde' on the right. At the bottom, there are tabs for 'Boletos / Faturas', 'Reajustes', and 'Coparticipação'. The 'Boletos / Faturas' tab is active, showing a 'Consultar Boletos / Faturas' button and a table with columns for '2ª via', 'Referência', 'Tipo', 'Número', 'Emissão', 'Dt. Venc.', 'Valor (R\$)', 'Dt. Pgto.', 'Atraso (dias)', and 'Valor Pago (R\$)'. The table currently shows 'Nenhuma fatura encontrada.'

Você acessará o menu lateral esquerdo,
na qual encontrará informações sobre o seu plano.
Clique no botão **REEMBOLSO**.

3
PASSO

**CLICAR NO BOTÃO
(+) SOLICITAR;**

The screenshot displays the Elosaúde web portal interface. On the left, a dark blue sidebar contains a 'MENU' section with several options. The 'Reembolso' option, marked with a dollar sign icon, is circled in red. A red line extends from the text 'CLICAR NO BOTÃO (+) SOLICITAR;' to this button. Below 'Reembolso' is a button with a plus icon and the word 'Solicitar'. The main content area is titled 'Informações Gerais' and includes tabs for 'PIN-SS / Meu Cadastro', 'Dependentes', 'Informações de Utilização', and 'Carências'. The 'Informações do Beneficiário' section shows fields for Matricula, Nome Beneficiário, Data Nascimento, and others. The 'Informações do Contrato' section displays details like N° Contrato, Data Contratação, and Regulamento Plano. On the right, there is a green card with the Elosaúde logo and a summary of the plan. At the bottom, there are tabs for 'Boletos / Faturas', 'Reajustes', and 'Coparticipação'. A table header for 'Boletos / Faturas' is visible, showing columns for '2ª via', 'Referência', 'Tipo', 'Número', 'Emissão', 'Dt. Venc.', 'Valor (R\$)', 'Dt. Pgto.', 'Atraso (dias)', and 'Valor Pago (R\$)'. The table currently shows 'Nenhuma fatura encontrada.'

Você acessará a página de **INFORMAÇÕES INICIAIS** e deverá escolher o beneficiário que realizou o atendimento.

4
PASSO

ESCOLHER O BENEFICIÁRIO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO (estará disponível para consulta o titular ou responsável financeiro e os seus respectivos dependentes).

Elosaúde

Plano
PLANO ELOSAU (APARTAMENTO STANDARD)

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso
- Solicitar
- Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso
Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais**
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Informações Iniciais
Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Beneficiário *
MARIA DA SILVA

Plano
PLANO ELOSAU

Tipo de Atendimento *
Selecione um tipo de atendimento

Especialidade *
Selecione uma especialidade

Protoc. Call Center

Dados Bancários para Pagamento:

Banco
Nome Agência
Nº Agência
Conta

Observação

→ Próximo

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.129.146

Na página de **INFORMAÇÕES INICIAIS** você deverá especificar o tipo de atendimento e o tipo de especialidade para o reembolso solicitado.

5
PASSO

**INFORMAR: I) “TIPO DE ATENDIMENTO” – Selecionar Odontológico para tratamento Odontológico e Reembolso para os demais tipos;
II) “ESPECIALIDADE” – para o caso de medicamentos, colocar a especialidade do médico solicitante.**

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso**
- Solicitar
- Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1** Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Informações Iniciais

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Beneficiário *
MARIA DA SILVA

Tipo de Atendimento *
REEMBOLSO

Especialidade *
Selecione uma especialidade

- CLINICO
- CIR DENTISTA - SERVIÇO GERAL
- MEDICO CLINICO
- MEDICO ONCOLOGISTA CLINICO
- MEDICO PATOLOGISTA CLINICO/ MEDICINA LABORATORIAL
- PSICOLOGO CLINICO

Protoc. Call Center

Dados Bancários para Pagamento:

Banco
Selecione um banco

Nº Agência

Conta

Observação

→ Próximo

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

MV

5 PASSO

Na página de **INFORMAÇÕES INICIAIS** você poderá fazer a alteração de dados bancários.

ALTERAÇÃO DADOS BANCÁRIOS

*Não se faz necessário preencher os dados bancários, é facultativo.
**Só poderá informar a conta do Titular ou Responsável financeiro.
***Alerta: **NÃO UTILIZAR A CONTA DO DEPENDENTE.**

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso**
 - Solicitar
 - Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1** Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Informações Iniciais

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Beneficiário *

MARIA DA SILVA
MARIA DA SILVA
JOÃO DA SILVA

Selecione um tipo de atendimento Seleccione uma especialidade Protoc. Call Center

Dados Bancários para Pagamento:

Banco Nome Agência Nº Agência Conta

Selecione um banco

Observação

ATENÇÃO

OS DADOS BANCÁRIOS SÓ DEVERÃO SER PREENCHIDOS, SE TIVER OCORRIDO MUDANÇA DE CONTA DO TITULAR DO PLANO.

→ Próximo

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

MV

Na página **PRESTADOR** você deverá preencher com as informações do Prestador e da Nota/Recibo.

6
PASSO

PÁGINA DO
PRESTADOR

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso**
 - Solicitar
 - Atualizar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador**
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Prestador

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Prestador Utilizado Anteriormente

Utilizar informações anteriores?

Dados do Prestador:

Tipo de Pessoa *

Nome do Prestador *

CNPJ *

Data do Atendimento *

Nº Recibo/Nota Fiscal

Endereços Utilizados

Utilizar informações anteriores?

Endereço do Prestador Utilizado Anteriormente:

CEP

Endereço

Número

S/N

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

Selecione o estado

[← Voltar](#)

[→ Próximo](#)

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

MV

6

PASSO

**SELECIONE O
TIPO DE PESSOA**



MENU

Informações Gerais

Reembolso

Solicitar

Acompanhar

Meu Cadastro

Documentos

Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

1

Informações Iniciais

2

Prestador

3

Procedimentos

4

Documentos

Prestador

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Prestador Utilizado Anteriormente

Utilizar informações anteriores?

Dados do Prestador:

Tipo de Pessoa

Física

Selecione

Física

Jurídica

Filantropica

Nome do Prestador *

Data do Atendimento *

DD/MM/AAAA

Nº Recibo/Nota Fiscal

Endereços Utilizados

Utilizar informações anteriores?

Endereço do Prestador Utilizado Anteriormente:

CEP

Endereço

Número

S/N

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

← Voltar

→ Próximo

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142



6

PASSO

PREENCHA OS DADOS DO PRESTADOR

Informe o nome do Prestador, seu CPF (se for PF) ou CNPJ (se for PJ ou Filantrópica), a data do atendimento* e o nº do Recibo/Nota Fiscal**.

* Somente serão aceitas NF/Recibos apresentados dentro de 1 (um) ano.
** É obrigatório preencher esse campo quando apresentar NF.

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso**
 - Solicitar
 - Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador**
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Prestador

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Prestador Utilizado Anteriormente

Utilizar informações anteriores?

Dados do Prestador:

Tipo de Prestador

Física

Nome do Prestador *

NOME DO PRESTADOR DA SILVA

CPF *

123.456.789-09

Data do Atendimento *

01/01/2020

Nº Recibo/Nota Fiscal

0123

Endereços Utilizados

Utilizar informações anteriores?

Endereço do Prestador Utilizado Anteriormente:

CEP *

88010-500

Endereço *

ANITA GARIBALDI ATE 194195

Número *

77

S/N

Complemento

SEGUNDO ANDAR

Bairro *

CENTRO

Cidade *

FLORIANOPOLIS

Estado *

SC - SANTA CATARINA

[← Voltar](#)

[→ Próximo](#)

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

MV

6

PASSO

PREENCHA OS DADOS DE ENDEREÇO DO PRESTADOR

Informe o CEP*, número**, complemento e clicar em Próximo.

* Esse campo é obrigatório.
Ao preencher um CEP válido, o sistema irá preencher os dados de endereço automaticamente.

** Caso não haja número, flagar campo S/N.

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso**
 - Solicitar
 - Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador**
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Prestador

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Prestador Utilizado Anteriormente

Utilizar informações anteriores?

Dados do Prestador:

Tipo de Pessoa * Nome do Prestador *

Física NOME DO PRESTADOR DA SILVA

CPF * Data do Atendimento * Nº Recibo/Nota Fiscal

123.456.789-09 01/01/2020 0123

Endereços Utilizados

Utilizar informações anteriores?

Endereço do Prestador Utilizado Anteriormente:

CEP * Endereço * Número * S/N Complemento

88010-500 ANITA GARIBALDI ATE 194195 77 ☐ SEGUNDO ANDAR

Bairro * Cidade * Estado *

CENTRO FLORIANOPOLIS SC - SANTA CATARINA

[Voltar](#) [Próximo](#)

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

MV

6

PASSO

CASO O REEMBOLSO SEJA PARA UM PRESTADOR JÁ CADASTRADO (SOLICITADO ANTERIORMENTE), BASTA SELECIONÁ-LO NAS CAIXAS: I) “PRESTADOR UTILIZADO ANTERIORMENTE” E; II) ENDEREÇOS UTILIZADOS”.

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso**
 - Solicitar
 - Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador**
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Prestador

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Prestador Utilizado Anteriormente

Utilizar informações anteriores?

Dados do Prestador:

Tipo de Pessoa * Seleccione

Nome do Prestador *

CNPJ * DD/MM/AAAA

Data do Atendimento * Nº Recibo/Nota Fiscal

Endereços Utilizados

Utilizar informações anteriores?

Endereço do Prestador Utilizado Anteriormente:

CEP Endereço Número S/N Complemento

Bairro Cidade Estado

Selecione o estado

[← Voltar](#) [→ Próximo](#)

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

MV

Na página **PROCEDIMENTOS** você deverá preencher com as informações do procedimento a ser reembolsado.

7
PASSO

PÁGINA
PROCEDIMENTOS

Elosaúde Plano
PLANO ELOSAU (APARTAMENTO STANDARD)

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso**
- Solicitar
- Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso
Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos**
- 4 Documentos

Procedimentos
Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Adicionar Procedimento

Código * Buscar procedimento Não possui código Nome *

Data Realização/Compra * DD/MM/AAAA Data Receita DD/MM/AAAA Quantidade * Valor Unitário *

Descrição Adicional

Limpar Adicionar +

Procedimentos Adicionados

Código	Nome	Dt. Realização	Dt. Receita	Quant.	Valor Uni.	Valor Total	Excluir
Nenhum procedimento adicionado.							

Valor Total Cobrado: R\$ 0,00

Voltar Próximo

Na página **PROCEDIMENTOS** você deverá preencher com as informações do procedimento a ser reembolsado.

7
PASSO

PARA ADICIONAR O PROCEDIMENTO, INSIRA O CÓDIGO OU CLIQUE EM "NÃO POSSUO CÓDIGO".

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso
 - Solicitar
 - Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 **Procedimentos**
- 4 Documentos

Procedimentos

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Adicionar Procedimento

Código * 10101010 Não possuo código Nome * CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Data Realização * 01/01/2020 Data Receita DD/MM/AAAA Quantidade * 1 Valor Unitário * R\$ 100,00

Descrição Adicional
CONSULTA REALIZADA NA CLINICA...

Limpar Adicionar +

Procedimentos Adicionados

Código	Nome	Dt. Realização	Dt. Receita	Quant.	Valor Uni.	Valor Total	Excluir
Nenhum procedimento adicionado.							

Valor Total Cobrado: R\$ 0,00

Voltar Próximo

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

MV

Na página **PROCEDIMENTOS** você deverá preencher com as informações do procedimento a ser reembolsado.

7
PASSO

PREENCHA OS DADOS DA DATA DA REALIZAÇÃO, QUANTIDADE, VALOR UNITÁRIO, DESCRIÇÃO ADICIONAL, SE HOUVER, E CLIQUE EM ADICIONAR +.

Reembolso
Siga através dos passos para solicitar reembolso.

Procedimentos
Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Adicionar Procedimento

Código * 10101010 Nome * CONSULTA EM CONSULTÓRIO (HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Dt. Realização * 01/01/2020 Data Receita DD/MM/AAAA Quantidade * 1 Valor Unitário * R\$ 100,00

Descrição Adicional
CONSULTA REALIZADA NA CLINICA..

Limpar Adicionar +

Procedimentos Adicionados

Código	Nome	Dt. Realização	Dt. Receita	Quant.	Valor Uni.	Valor Total	Excluir
Nenhum procedimento adicionado.							

Valor Total Cobrado: R\$ 0,00

Voltar Próximo

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.122.142

CLIQUE AQUI PARA ADICIONAR O PROCEDIMENTO.

Na página **PROCEDIMENTOS** você deverá preencher com as informações do procedimento a ser reembolsado.

7
PASSO

CLIQUE EM
PRÓXIMO.

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso
 - Solicitar
 - Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 **Procedimentos**
- 4 Documentos

Procedimentos

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Adicionar Procedimento

Código * Não possuo código Nome *

Data Realização * Data Receita

Quantidade * Valor Unitário *

Descrição Adicional

Limpar Adicionar +

Procedimentos Adicionados

Código	Nome	Dt. Realização	Dt. Receita	Quant.	Valor Uni.	Valor Total	Excluir
10101010	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	11/01/2020		1	R\$300,00	R\$300,00	

Valor Total Calculado: R\$ 300,00

→ Próximo

Na página **DOCUMENTOS** você deverá anexar as informações do procedimento realizado.

8
PASSO

PÁGINA
DOCUMENTOS

Elosaúde Plano
PLANO ELOSAU (APARTAMENTO STANDARD)

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso
- Solicitar
- Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso
Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Documentos
Caso necessário, anexe documentos comprobatórios nesta solicitação.

Documentos Obrigatórios *
COMPROVANTES PARA REEMBOLSO

Tipo de Documento *
Selecione o tipo do documento

Arquivo
Anexar

Arquivos Anexados

Nome	Tipo
Nenhum arquivo anexado.	

- Nome do arquivo deve ser formado apenas por letras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres (. - _) [ponto, hífen, underline]
- Tamanho máximo por arquivo: 50mb
- Tipos de arquivos aceitos: pdf, doc, docx, jpg, jpeg, png, png2.

Voltar Solicitar

CopyrightMV Sistemas - versão: 3.129.146

MV

8

PASSO

ANEXAR DOCUMENTOS E CLICAR EM SOLICITAR

*** É OBRIGATÓRIO**
anexar o comprovante de
pagamento, receita, pedido,
laudo, etc. (conforme as
regras do plano).

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso
- Solicitar
- Acompanhar
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Documentos

Se julgar necessário você pode anexar documentos comprobatórios nesta solicitação

Documentos Obrigatórios

COMPROVANTES PARA REEMBOLSO

Tipo de Documento *

Selecione o tipo de documento

Arquivo

Anexar

Arquivos Anexados

Nome	Tipo
Nenhum arquivo anexado.	

- Nome do arquivo deve ser formado apenas por letras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres (. - _) [ponto, hífen, underline]
- Tamanho máximo por arquivo: 50mb
- Tipos de arquivos aceitos: pdf, doc, docx, jpg, jpeg, png, png2.

Voltar

Solicitar

**CLIQUE AQUI
PARA CONCLUIR
O PROCEDIMENTO
DE REEMBOLSO**

8

PASSO

**SUA SOLICITAÇÃO
FOI ENVIADA COM
SUCESSO.**

* Acompanhe em:
Manutenção de
Solicitação.

The screenshot displays the Elosaúde web application interface. On the left, a dark blue sidebar menu contains the following items: 'Informações Gerais', 'Reembolso' (with a dropdown arrow), 'Solicitar' (with a plus icon), 'Acompanhar' (with a checkmark icon), 'Meu Cadastro' (with a right arrow icon), 'Documentos', and 'Manutenção de Solicitação' (which is circled in red). The main content area is titled 'Reembolso' and includes a sub-header 'Siga através dos passos para solicitar reembolso.' Below this is a progress indicator with four steps: 1. Informações Iniciais (active), 2. Prestador, 3. Procedimentos, and 4. Documentos. The 'Informações Iniciais' section contains a form with fields for 'Beneficiário *' (filled with 'THAYSE CUNHA DOS PASSOS'), 'Tipo de Atendimento' (with a dropdown), 'Dados Bancários' (with fields for 'Banco', 'Agência', and 'Conta'), and an 'Observação' text area. A white modal dialog box is centered over the form, featuring a green checkmark icon and the text 'Solicitação 392 enviada com sucesso!'. Below the text is a blue 'OK' button. At the bottom right of the form, there is a blue button labeled '→ Próximo'.

No menu lateral esquerdo, você deverá clicar no botão **MANUTENÇÃO DE SOLICITAÇÃO**.

**ACOMPANHAR
REEMBOLSO**

**ACOMPANHE SUA
SOLICITAÇÃO DE
REEMBOLSO**

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação**

Informações Gerais

PIN-SS / Meu Cadastro | Dependentes | Informações de Utilização | Carências

Informações do Beneficiário:

Matrícula: Carteira: Data Nascimento:

Nome Beneficiário: Cobertura Parcial Temporária: NÃO HÁ Cartão Nacional Saúde:

Informações do Contrato:

N° Contrato: 3847 Data Contratação: 06/08/2014 Data Início Cobertura: 06/08/2014

Regulamentação Plano: REGULAMENTADO Acomodação: APARTAMENTO STANDARD Tipo de Contratação: COLETIVO EMPRESARIAL COM PATROCÍNIO

N° Reg. Plano: 463481101 - PLANO ELOSAU Segmentação Assistencial: AMBULATORIAL MAIS HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA MAIS ODONTOLÓGICO Abrangência Geográfica: GRUPO DE MUNICÍPIOS

Razão Social: ELOSAUDE ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA A SAUDE Nome Fantasia Contratante: ELOSAUDE

Boletos / Faturas | Reajustes | Coparticipação

Consultar Boletos / Faturas Número de Boletos / Faturas: 0

2ª via	Referência	Tipo	Número	Emissão	Dt. Venc.	Valor (R\$)	Dt. Pgto.	Atraso (dias)	Valor Pago (R\$)
--------	------------	------	--------	---------	-----------	-------------	-----------	---------------	------------------

Nenhuma fatura encontrada.

Em **MANUTENÇÃO DE SOLICITAÇÃO**, você irá acompanhar a sua solicitação de reembolso.

**ACOMPANHAR
REEMBOLSO**

**VERIFICAR STATUS
DE SUA SOLICITAÇÃO**

Manutenção de Solicitações

Beneficiário * MARIA DA SILVA Tipo * TODOS Status * TODOS Data Inicial 02/12/2019 Data Final 02/03/2020 Pesquisar

Exibindo 10 registros

Código	Data	Tipo	Beneficiário	Dt. Cancel.	Status
392	02/03/2020	Reembolso	MARIA DA SILVA		Divergência
372	08/02/2020	Reembolso	MARIA DA SILVA		Aberta
370	03/02/2020	Reembolso	MARIA DA SILVA		Atendida
369	02/02/2020	Reembolso	MARIA DA SILVA		Atendida
365	30/01/2020	Reembolso	MARIA DA SILVA		Atendida
362	23/01/2020	Reembolso	MARIA DA SILVA		Em Edição

Exibindo 1 de 6 de 6 registros

**CLIQUE AQUI
PARA EDITAR
EDIÇÃO**

Em **MANUTENÇÃO DE SOLICITAÇÃO**, você irá acompanhar a sua solicitação de reembolso.

**ACOMPANHAR
REEMBOLSO**

**VERIFICAR SE A
OPERADORA FEZ ALGUMA
SOLICITAÇÃO. DEPOIS
CLICAR EM PRÓXIMO.**

Elosaúde

Menu

- Informações Gerais
- Reembolso
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Informações Iniciais

Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Status: Divergência ☐ Habilitar Edição

Beneficiário *

MARIA DA SILVA

Tipo de Atendimento *

CONSULTA

Especialidade *

CBO DESCONHECIDO OU NAO INFORMADO PELO SOLI...

Protoc. Call Center

Dados Bancários para Pagamento:

Banco

Selecione um banco

Nome Agência

Nº Agência

Conta

Observação

Operadora: anexos

← Voltar

Imprimir

→ Próximo

**CLIQUE AQUI
PARA PROSSEGUIR**

Na página **REEMBOLSO**, do menu lateral você deverá ir na aba **PRESTADOR** para habilitar edição e acompanhar a solicitação.

**ACOMPANHAR
REEMBOLSO**

**NA PÁGINA DO PRESTADOR,
CLIQUE EM HABILITAR
EDIÇÃO E DEPOIS EM
PRÓXIMO PARA ATENDER
O SOLICITADO PELA
OPERADORA.**

Reembolso
Siga através dos passos para solicitar reembolso.

1 Informações Iniciais
2 Prestador
3 Procedimentos
4 Documentos

Prestador
Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório!

Status: Em Edição **Habilitar Edição**

Prestador Utilizado Anteriormente
Utilizar informações anteriores?

Dados do Prestador:

Tipo de Pessoa * Nome do Prestador *
Jurídica LANCTO

CNPJ * Data do Atendimento * Nº Recibo/Nota Fiscal
78.329.190/0001-82 11/01/2020

Endereços Utilizados
Utilizar informações anteriores?

Endereço do Prestador Utilizado Anteriormente:

CEP Endereço Número S/N Complemento
Bairro Cidade Estado
Selecione o estado

Voltar **Imprimir** **Próximo**

**CLIQUE AQUI
PARA HABILITAR**

**CLIQUE AQUI
PARA PROSSEGUIR**

Na página **DOCUMENTOS**, do menu lateral, você deverá clicar em Solicitar para concluir a solicitação da operadora.

**ACOMPANHAR
REEMBOLSO**

**CLIQUE EM SOLICITAR
PARA CONCLUIR O
SOLICITADO PELA
OPERADORA.**

Elosaúde

MENU

- Informações Gerais
- Reembolso
- Meu Cadastro
- Documentos
- Manutenção de Solicitação

Reembolso

Siga através dos passos para solicitar reembolso.

- 1 Informações Iniciais
- 2 Prestador
- 3 Procedimentos
- 4 Documentos

Documentos

Se julgar necessário você pode anexar documentos comprobatórios nesta solicitação

Status: Em Edição ☒ Habilitar Edição

Documentos Obrigatórios

COMPROVANTES PARA REEMBOLSO

Tipo de Documento

Selecione o tipo do documento

Arquivo

Anexar

COMPROVANTES PARA REEMBOLSO

Nome	Tipo
Nenhum arquivo anexado.	

- Nome do arquivo deve ser formado apenas por letras (sem acentuação), espaços, números e os seguintes caracteres [, - _] [ponto, hífen, underline]
- Tamanho máximo por arquivo: 50mb
- Tipos de arquivos aceitos: pdf, doc, docx, jpg, jpeg, png, png2.

Voltar Solicitar



www.elosaude.com.br