

ANEXO III - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DO BENEFICIÁRIO
Identificação do titular
Nome Social:

Nome

CPF

Matrícula da PMC

Carteira do ICS

Telefone

Celular

Endereço:

E-mail

Identificação do beneficiário que realizou o procedimento (Caso não seja o próprio titular)
Nome Social:

Nome:

Carteira do ICS

CPF

E-mail

Natureza do Reembolso

- Médica
 Odontológica
 Mensalidade
 Fator Moderador

Valor: R\$ _____

Tipo de Reembolso

- Instrumentação cirúrgica
 Consulta médica em prestador não integrante da Rede Contratada do ICS
 Atendimento de urgência e emergência (somente na área de abrangência dos planos)
 Cobranças indevidas realizadas pelos credenciados
 Descontos indevidos
 Pagamentos referentes a atendimentos/procedimentos cobertos e não liberados nos prazos legais
 Cancelamento do plano de saúde do ICS com pró-rata temporis
 Descontos referentes a cobranças de contraprestação pecuniária em divergência com o contrato
 Medicamentos conforme previsão legal e regulamentos dos planos de saúde do ICS
 Leis 8.786/95 e 15.152/2017
 Decorrente de Acidentes de Trabalho

Dados bancários do titular

Banco: _____

Agência: _____

N° da Conta: _____

 Corrente () Poupança ()

O solicitante está ciente que o pedido envolve o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis (quando aplicável) necessários ao processamento do reembolso, ficando dispensado o consentimento com fundamento nos arts. 7º, V e 11, II, "d" da Lei nº 13.709/2018.

Ciente e de acordo:
ETIQUETA

Curitiba, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura

Declaro que recebi a documentação completa conforme o tipo de reembolso solicitado.
Colaborador ICS: Nome _____ **Matrícula** _____