

## SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE PROCEDIMENTO

MOTIVO DO REEMBOLSO: CONSULTA  EXAME  PROCEDIMENTO  INTERNAÇÃO CLÍNICA  CIRURGIA

NOME DO TITULAR/CONTRATANTE:

CPF DO CONTRATANTE:

NÚMERO DO CONTRATO:

NÚMERO DE MATRÍCULA:

### DADOS BANCÁRIOS

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

TIPO DE CONTA:

Corrente Individual

Corrente Conjunta

Poupança

### DADOS DO PET

ESPÉCIE:

FELINO

CANINO

NOME DO PET:

DATA DE NASCIMENTO:

OU IDADE:

SEXO:

MACHO

FÊMEA

RAÇA:

FAVOR PREENCHER OS DADOS ABAIXO, CONFORME O TIPO DE REEMBOLSO DESEJADO:

VALOR TOTAL SOLICITADO R\$:

CRMV VETERNÁRIO ATUANTE:

SOLICITAMOS ENVIAR ESSE FORMULÁRIO PREENCHIDO/ASSINADO PARA CEP 06473-000, AV. ANDRÔMEDA, Nº 885, 25º ANDAR, ALPHAVILLE, BARUERI, SP. JUNTAMENTE COM OS DOCUMENTOS A SEGUIR:

- Obrigatoriedade de Nota Fiscal, com exceção de veterinários autônomos, dos quais aceitamos recibo.
- Obrigatoriedade dos documentos estarem em nome do tutor cadastrado no sistema Health for Pet.
- Obrigatoriedade do Recibo e/ou Relatório Médico estarem sempre datados, carimbados e assinados pelo veterinário.
- Obrigatoriedade dos procedimentos estarem discriminados pontualmente, com desmembramento de Combos, e seus valores individuais.
- Necessidade da solicitação de clínico geral junto ao relatório médico para consultas com especialistas, exames de imagem, exames laboratoriais, cirurgias, internações e procedimentos diversos.
- Nunca solicitar um único reembolso para mais de um Pet.
- O prazo para pagamento do reembolso após a data de solicitação, mediante documentação correta e completa, é de 10 dias úteis.
- Somente o plano PET PREMIUM oferece direito a solicitação de reembolso.
- O prazo para solicitação do reembolso é de 45 dias corridos após a data do atendimento.

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL:

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_