

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PARA TERAPIAS



Bradesco Saúde S.A.	CNPJ: 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: ANS - nº 005711
Bradesco Saúde Operadora de Planos S.A.	CNPJ: 15.011.651/0001-54	Registro na ANS: ANS - nº 421715

Segurado: _____ Apólice n.º: _____

Informações do terapeuta assistente

Nome: _____ Conselho: _____ Telefone: _____

Observação: caso mais de um profissional tenha participado do atendimento, deverá ser preenchido um formulário por cada profissional integrante da equipe.

Declaração

1) Data, hora e local (consultório, clínica, teleatendimento, domicílio etc.) de realização de cada atendimento.

N.º de sessões semanais: _____ N.º de horas semanais: _____

Data de cada sessão realizada: _____

Local: () Consultório () Clínica () Escola () Domicílio () Outros: _____

2) Descrição detalhada da avaliação realizada, abordagem e programação terapêutica.

3) Função exercida durante cada atendimento.

- () Psicólogo () Nutricionista () Estagiário () Supervisor
() Fonoaudiólogo () Fisioterapeuta () Acomp. Terapêutico
() Terapia Ocupacional () Psicopedagogo () Outros profissionais (especificar): _____

DECLARO, para os devidos fins, que as informações prestadas relacionadas acima são verdadeiras e autênticas.

_____, _____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura e carimbo médico/certificação digital

