

ANEXO DE SOLICITAÇÃO MÉDICA PARA REEMBOLSO DE 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 médico assistente

Nome: _____ CRM: _____ Telefone: _____

Declaração

1) Descrição detalhada do quadro clínico atual (em caso de continuidade do tratamento, justificar a necessidade).

2) Definir qual ou quais profissionais deverão participar desta etapa do tratamento, tipo de terapia e qual o número de sessões deverá ser realizado por cada profissional, individualmente.

<input type="checkbox"/> Psicologia	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____
<input type="checkbox"/> Nutricionista	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____
<input type="checkbox"/> Psicopedagogo	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____
<input type="checkbox"/> Acomp. Terapêutico	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____
<input type="checkbox"/> Outros profissionais (especificar): _____	N.º de sessões semanais: _____	Tipo de terapia: _____

Local: Consultório Clínica Escola Domicílio Outros: _____

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

