



**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO  
SAÚDE / ODONTOLÓGICO**

Central de Atendimento 0800 111 777 : disponível de segunda a sexta ds 08:00 as 18:00, exceto feriado  
www.abet.com.br

Av. Brigadeiro Luis Antônio 2608 - CEP: 01402-000 - São Paulo (SP) CNPJ: 63.089.205/0001-05

Para uso da ABET  
Nº DO REGISTRO  
INTERNO

**DADOS DO REEMBOLSO**

1. NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR			2. CÓDIGO DA CARTEIRA DO PLANO		
3. ENDEREÇO DO REMETENTE:					
4. BENEFICIÁRIO QUE RECEBEU O ATENDIMENTO			5. CÓDIGO DA CARTEIRA DO PLANO		
6. E-MAIL		7. TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE COMERCIAL		TELEFONE CELULAR
<b>8. DADOS BANCÁRIOS</b>					
NOME DO TITULAR DA CONTA				CPF DO TITULAR DA CONTA	
Nº BANCO	Nº AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE	CONTA POUPANÇA	TELEFONE DE CONTATO	

9. SENHA DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA ABET:

10. VALOR TOTAL DO RECIBO OU NOTA FISCAL	11. Nº DE ANEXOS	12. DATA	13. ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR
--	------------------	----------	--

**PARA USO DA ABET**

14. CÓDIGO DO SERVIÇO	15. QUANTIDADE	16. VALOR SOLICITADO	17. VALOR A REEMBOLSAR
<b>TOTAL &gt;&gt;&gt;</b>			
OBSERVAÇÕES:			PROTOCOLO

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO  
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

- 01 - Nome do Beneficiário Titular
- 02 - Código da Carteira do Plano
- 03 - Endereço do Remetente:
- 04 - Nome do Beneficiário que recebeu o atendimento
- 05 - Código da Carteira do Plano do Beneficiário que recebeu o atendimento
- 06 - E-mail
- 07 - Telefones para contato (residencial/comercial/celular)
- 08 - Dados bancários
- 09 - Senha de autorização prévia
- 10 - Valor total do recibo ou NF
- 11 - Número de anexos
- 12 - Data do preenchimento
- 13 - Assinatura do Beneficiário Titular
- 14, 15, 16 e 17 - Para uso da ABET, não preencher

**Outras Instruções:** Para evitar dificuldades de processamento, solicitamos especial atenção no preenchimento de todos os campos do formulário, com excessão dos campos 14, 15, 16 e 17 que serão preenchidos pela ABET.

**Prazo para entrega da solicitação de reembolso:** 12 meses contados a partir da data do atendimento realizado.

**Prazo para crédito:** Em até 30 dias contados a partir da data de recebimento da solicitação na ABET.

**Locais de Entrega: Pessoalmente, malote ou correio:**

Pessoalmente: Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - Central de Atendimento - Bl. A - 4º andar  
Correios/Malote: Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - 2º andar - bloco A - CEP: 01402-000.

**Documentos obrigatórios para envio junto a Solicitação de Reembolso:**

**Consulta Médica** – NF/Recibo com descrição do serviço realizado; Carimbo do profissional contendo nome, CPF e nº de inscrição no respectivo conselho de classe;

**Exames (SADT)** – NF/Recibo com descrição do serviço realizado; Carimbo do profissional contendo nome, CPF e nº de inscrição no respectivo conselho de classe; Pedido Médico ou Laudo dos exames;

**Terapias** – NF/Recibo com descrição do serviço realizado; Carimbo do profissional contendo nome, CPF e nº de inscrição no respectivo conselho de classe; Datas das sessões realizadas; Senha de autorização para os procedimentos que necessitam de prévia autorização a partir de determinada quantidade de sessão/ano.

**Diária Hospitalar / Alimentação para Acompanhante** – Relatório Médico detalhado contendo período de internação; Senha de Prévia autorização.

**Materiais, Medicamentos e Taxas** - Quantidade e valor individual dos medicamentos ou materiais utilizados; Descrição das taxas;

**Honorários Médicos** – NF/Recibo com descrição do serviço realizado; Informação de cada profissional que atuou na cirurgia contendo nome, CPF e nº de inscrição no respectivo conselho de classe; Relatório médico detalhado; Valor pago individualmente por cada profissional que atuou na cirurgia.

**Tratamento Odontológico** – NF/Recibo com descrição do serviço realizado; Odontograma; Carimbo do profissional contendo nome, CPF e nº de inscrição no conselho de classe;

**Atenção, os valores de reembolso são limitados a tabela do plano.**