



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR
GERÊNCIA DE CONTAS MÉDICO-HOSPITALARES

COBRANÇA INDEVIDA DO PRESTADOR AO SEGURADO

Segurado Titular: _____

Nº do Cartão: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Nº _____ Apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ Celular/Whatsapp:(____) _____

E-mail: _____ Órgão de Lotação: _____

Dados Bancários do Segurado Titular:

Nome do Banco: _____ Agência c/ dígito: _____ Conta c/ dígito: _____

Dados da Cobrança:

Nome do prestador: _____ Guia: _____ Item cobrado: _____

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

- () nota fiscal original com data e descrição do procedimento/material a ser reembolsado ou
- () recibo original com data, descrição do procedimento/material a ser reembolsado e CPF ou CNPJ do prestado

Valor total : R\$ _____

RELATO DO SEGURADO:

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

É de responsabilidade do segurado a guarda de todos os documentos apresentados.

Assinatura do Requerente

Recebido por: _____ Data: ____ / ____ / ____ CAS: _____

***COBRANÇA INDEVIDA: Situação na qual o segurado efetuou pagamento para a rede credenciada por honorários médicos, procedimentos, materiais ou medicamentos cobertos pelo plano SC Saúde.**