

# FORMULÁRIO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO



Se não for uma emergência médica, tal como definida pelo seu contrato de apólice, você deverá aguardar até que obtenha uma autorização por escrito da GBG antes de prosseguir com qualquer procedimento que necessite de pré-autorização. Caso contrário a penalidade de co-pago será aplicada às solicitações de reembolso apresentadas, e o provedor poderá recusar-se a faturar diretamente a nós. Sua apólice possui requisitos específicos relativos à pré-autorização de determinados tratamentos/procedimentos. Autorizações não-emergenciais podem levar até 5 dias úteis para serem finalizadas.

## ENVIE O FORMULÁRIO COMPLETO A GBG

Online: Latam.gbg.com • E-mail: preauthorizations@gbg.com • Fax: +1.949.271.2373

### A. INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nº de Apólice: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Empresa (se aplicável): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### B. SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO E/OU TRATAMENTO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nome do Procedimento/Tratamento: \_\_\_\_\_

O paciente fará cirurgia?  SIM  NÃO

Data prevista para admissão hospitalar/ cirurgia (dd/mm/aaa): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

O paciente está sendo admitido no hospital com pernoite?  SIM  NÃO

Se sim, quantos dias de internação são esperados: \_\_\_\_\_

ADMISSÕES DE MATERNIDADE APENAS – Tipo de parto previsto:  Normal  Cesárea

Despesas estimadas do Cirurgião/Médico e Moeda: \_\_\_\_\_

Despesas estimadas do Hospital/Instalação e Moeda: \_\_\_\_\_

Data de início da doença, lesão ou acidente (dd/mm/aaa): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Descreva os tratamentos recebidos para esta condição, se algum, incluindo datas (ex.: medicação, consultas, cirurgia, hospitalização):

---

---

---

# FORMULÁRIO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO



## TRATAMENTO DEVIDO A:

- a. Ocupação Profissional do Paciente?  SIM  NÃO  
b. Acidente automobilístico?  SIM  NÃO  
c. Algum tipo de acidente?  SIM  NÃO

Se você respondeu sim para qualquer uma das questões acima, favor fornecer data e detalhes do acidente:

---

---

FOI FEITO ALGUM DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO ANTERIOR PARA ESTA CONDIÇÃO OU CONDIÇÃO RELACIONADA?  
SE SIM, FORNEÇA DATAS, RESULTADOS, TIPO DE TRATAMENTO, RECEITAS, NOME DO MÉDICO/INSTALAÇÃO MÉDICA.

---

---

## O PACIENTE TAMBÉM ESTÁ COBERTO POR:

- a. Outro (s) plano de saúde/ dental?  SIM  NÃO  
b. Medicare / outra Agência Governamental?  SIM  NÃO  
c. Seguro de automóvel?  SIM  NÃO

Se você respondeu sim para qualquer uma das questões acima, favor fornecer:

Nome da Seguradora: \_\_\_\_\_ Número de Apólice da outra fonte: \_\_\_\_\_

Endereço da Seguradora: \_\_\_\_\_

## C. INFORMAÇÃO DO HOSPITAL/MÉDICO

Nome do Hospital/Instalação: \_\_\_\_\_

Número de ID para Imposto (Apenas Hospitais nos EUA): \_\_\_\_\_

Nome do Médico/ Provedor: \_\_\_\_\_

Número de ID para Imposto (Apenas Médicos nos EUA): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

# FORMULÁRIO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO



## **D. AUTORIZAÇÃO**

Qualquer pessoa que intencionalmente apresentar uma declaração de reembolso que contenha qualquer declaração falsa ou qualquer informação falsa, incompleta ou enganosa pode ser culpado de um ato criminoso passível de punição nos termos da lei e pode estar sujeito a penalidades civis.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

*Ao digitar meu nome neste formulário, estou assinando eletronicamente e esta assinatura eletrônica é o equivalente legal de minha assinatura manuscrita.*