

À
(Nome da Operadora)
(Endereço)

Assunto: Solicitação de reembolso de consulta/procedimento médico

Prezados Senhores,

Eu, *(nome do conveniado)*, portador da Cédula de Identidade RG n.º *(inserir)*, usuário do plano/seguro saúde *(indicar tipo de plano)* de n.º *(inserir)*, firmado em *(inserir data)*, venho, por meio desta, solicitar o reembolso do valor de R\$... *(indicar)*, ref. à *(discriminar a consulta ou procedimento médico)* feita no último dia ..., com o dr. *(indicar nome do médico ou da clínica)*, conforme doc. anexo.

Tendo utilizado os serviços, peço o reembolso, garantido por contrato.

Notifico V.Sas. para que tomem de imediato as providências cabíveis a fim de que me seja reembolsado o valor supra indicado, com base nos arts. 6º, inc. VI, e art. 39, inc. II e V, do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Dessa forma ficam V.Sas. notificadas. Na falta de solução para o caso, no prazo de 5 (cinco) dias a contar do recebimento desta, apresentarei reclamação nos órgãos de defesa do consumidor e à Agência Nacional de Saúde (ANS), sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome e assinatura)
(Inserir também formas de contato, como e-mail e telefone)

OBS: Não se esqueça de juntar a esta carta o original do recibo, que deve conter os dados do médico ou da clínica, CRM ou CNPJ, respectivamente, e endereço completo do profissional ou da clínica, com carimbo. Guarde uma cópia da carta.