

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE DESPESAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome do Associado:

Matrícula: Endereço:

Nº:

Complemento: Cidade: UF:

CEP: Telefones: () ()

E-mail:

Banco:	Agência:	Conta:	Conta Corrente () Conta Poupança ()
--------	----------	--------	--

Conforme regulamento do Plano de Assistência Médica (Art. 39, 40 e 41), solicito reembolso de despesas efetuadas conforme discriminado:

2. MOTIVO DO REEMBOLSO:

Falta de rede

Livre escolha

3. PROCEDIMENTO REALIZADO:

Consulta

Exame

Terapia/Fisioterapia

Cirurgia

Internação/Despesas Hospitalares

Nome do beneficiário que utiliza o serviço:

Grau de parentesco c/ o titular:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Identificação do profissional solicitante (CPF / Nome):

Identificação do profissional ou instituição executante (CPF ou CNPJ / Nome):

Número da Nota Fiscal:

Valor pago pelo beneficiário (R\$):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Observações:

4. PAGAMENTO:

O pagamento do reembolso será creditado exclusivamente na conta do beneficiário titular do plano, cadastrada no sistema da Casembrapa ou informados neste formulário, desde que sejam os dados bancários do titular do plano.

Os dados bancários atualizados em razão deste formulário serão armazenados em nossos sistema e substituirão qualquer outro dado que eventualmente tenha sido informado anteriormente.

O crédito do reembolso será realizado até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação completa pela Casembrapa.

Declaro que os dados bancários informados são de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos.

5. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

CONSULTA MÉDICA: 1. Nota fiscal com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF e nome completo do profissional que realizou o atendimento, ou recibo com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF, assinatura e nome completo do profissional que realizou o atendimento. 2. Código e descrição do procedimento realizado conforme Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

CONSULTA COM DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (EX: PSICÓLOGO, FONOAUDIÓLOGO): 1. Nota fiscal com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF e nome completo do profissional que realizou o atendimento, ou recibo com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF, assinatura e nome completo do profissional que realizou o atendimento. 2. Encaminhamento médico com indicação para a especialidade; 3. Código e descrição dos procedimentos realizados conforme Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

TRATAMENTOS SERIADOS (EX: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA): 1. Nota fiscal com nome completo do paciente, datas e valores unitários de atendimento, além de conselho profissional, CPF e nome completo do profissional que realizou o atendimento, ou recibo com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF, assinatura e nome completo do profissional que realizou o atendimento. 2. Relatório médico com indicação clínica (casos de primeiro pedido ou se o último relatório tiver sido emitido há mais de 180 dias); 3. Relatório do terapeuta contendo programação e número de sessões indicadas. 4. Código e descrição dos procedimentos realizados conforme Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

EXAMES SIMPLES (EX: LABORATORIAIS, ECOGRAFIA): 1. Nota fiscal com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF e nome completo do profissional que realizou o atendimento. 2. Código e descrição dos procedimentos realizados conforme Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), com a indicação de quantidade e valores individuais; 3. Pedido médico com indicação para o procedimento.

EXAMES ESPECIALIZADOS (EX: TOMOGRAFIA, CINTILOGRAFIA): 1. Nota fiscal com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF e nome completo do profissional que realizou o atendimento. 2. Código e descrição dos procedimentos realizados conforme Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), com a indicação de quantidade e valores individuais; 3. Pedido médico com indicação para o procedimento.

ATENDIMENTOS OU INTERNAÇÕES HOSPITALARES (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA/ELETIVO): 1. Nota fiscal (conta com nome do paciente; descrição dos procedimentos, taxas, diárias, materiais, medicamentos e precificação por item); 2. Relatório do médico assistente com a justificativa para o atendimento em caráter de urgência/emergência, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica, necessidade da intervenção de outros profissionais, quando for o caso, e outras informações pertinentes; 3. Cópia de laudos de exames que contribuíram para o diagnóstico que consta no pedido médico; 4. Cópia da descrição cirúrgica com indicação dos itens que a compõem e seus valores: (diárias, taxas, materiais, medicamentos, exames e demais serviços, demonstrando código e Cópia do boletim anestésico com a descrição dos procedimentos realizados conforme Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

HONORÁRIOS MÉDICOS: 1. Nota fiscal com nome completo do paciente, datas e valores unitários de atendimento, além de conselho profissional, CPF e nome completo do profissional que realizou o atendimento, ou recibo com nome completo do paciente, data do atendimento e valor do evento, além de conselho profissional, CPF, assinatura e nome completo do profissional que realizou o atendimento. 2. Código e descrição cirúrgica dos procedimentos realizados conforme Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), com a indicação de quantidade e valores individuais; 3. Relatório do médico assistente com a justificativa para o atendimento em caráter de urgência, emergência ou eletivo, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica, necessidade da intervenção de outros profissionais, quando for o caso, e outras informações pertinentes; 4. Cópia do boletim anestésico.

A solicitação de reembolso deve ser realizada por meio deste formulário que deve ser encaminhado juntamente com a documentação comprobatória para o endereço eletrônico: **reembolso@casembrapa.org.br**. A imagem dos documentos comprobatórios deve seguir em arquivo pdf individualizado, quer seja, um documento por arquivo em extensão pdf.

DECLARO ESTAR CIENTE DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO E QUE ME RESPONSABILIZO PELAS INFORMAÇÕES E TEOR DESTE DOCUMENTO.

Local

Data

Assinatura do Requerente

CNPJ: 08.097.092/0001-81 **Razão Social:** CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 456.933/08-4

Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa

Data de Registro: 28/03/2008

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Nacional