

# SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE DESPESAS

## DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome:			
Matrícula Embrapa:		Lotação:	
Telefone:		E-mail:	
Endereço:			
Banco:	Agência:	Conta:	Conta Corrente ( ) Conta Poupança ( )

Conforme regulamento do Plano de Assistência Médica (Art. 27,28 e 29), solicito reembolso de despesas efetuadas conforme discriminado:

## MOTIVO DO REEMBOLSO:

Falta de rede

Livre escolha

## PROCEDIMENTO REALIZADO:

Consulta

Exame

Terapia/Fisioterapia

Cirurgia

Internação/Despesas hospitalares

Nome do prestador de serviços:

Nome do beneficiário que utiliza o serviço:

Grau de parentesco c/ o titular:

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

Número da nota fiscal:

Valor pago pelo beneficiário (R\$):

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

Observações:

**DECLARO QUE ME RESPONSABILIZO PELAS INFORMAÇÕES E TEOR DESTE DOCUMENTO**

## PAGAMENTO:

O pagamento de reembolso será realizado na conta bancária do titular do plano cadastrada no sistema Casembrapa. **Caso deseje receber o valor em outra conta, é necessário atualizar os dados cadastrais.** O reembolso será realizado até 30 dias após o recebimento da documentação **completa** pela Casembrapa.

Para solicitar o reembolso é necessário preencher este formulário, anexar os documentos comprobatórios, conforme o procedimento, e enviar para [reembolso@casembrapa.org.br](mailto:reembolso@casembrapa.org.br):

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

**CONSULTA MÉDICA:** 1. Nota fiscal ou recibo (com nome do paciente; carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento; especialidade consultada).

**CONSULTA COM DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (EX: PSICÓLOGO, FONOAUDIÓLOGO):**

1. Nota fiscal ou recibo (nome do paciente; carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; especialidade consultada); 2. Encaminhamento médico com indicação para a especialidade.

**TRATAMENTOS SERIADOS (EX: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA):** 1. Nota fiscal ou recibo (nome do paciente; carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; data de realização das sessões); 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. controle de atendimentos assinado pelo beneficiário com as datas dos atendimentos realizados.

**EXAMES SIMPLES (EX: LABORATORIAIS, ECOGRAFIA)**

1. Nota fiscal (nome do paciente; descrição dos procedimentos realizados, com a indicação de quantidade e valores individuais); 2. Pedido médico com indicação para o procedimento.

**EXAMES ESPECIALIZADOS (EX: TOMOGRAFIA, CINTILOGRAFIA):** 1. Nota fiscal (nome do paciente; procedimentos e códigos dos exames realizados com a indicação da quantidade e valores individuais); 2. Relatório médico com justificativa do procedimento.

**ATENDIMENTOS OU INTERNAÇÕES HOSPITALARES (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA):** 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; e 4. Cópia da conta hospitalar com indicação dos itens que a compõem e seus valores: (diárias, taxas, materiais, medicamentos, exames e demais serviços).

**HONORÁRIOS MÉDICOS:** 1. Nota fiscal ou recibo (carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento); 2. Relatório médico; 3. Códigos dos procedimentos realizados; 4. Cópia do boletim anestésico; 5. Cópia do descritivo cirúrgico.

## DECLARO ESTAR CIENTE DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO:

--	--	--

Local

Data

Assinatura